

Contribution à l'étude
de la grossesse et de l'accouchement
chez les primipares très jeunes
(au-dessous de quinze ans)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger GRINSARD

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

(Section des Troupes Coloniales)

Né le 6 Janvier 1907 à ROCHEFORT-sur-MER (Charente-Inférieure)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE de la GROSSESSE
et de l'ACCOUCHEMENT chez les PRIMIPARES TRÈS JEUNES
(au-dessous de quinze ans)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude
de la grossesse et de l'accouchement
chez les primipares très jeunes
(au-dessous de quinze ans)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger GRINSARD

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

(Section des Troupes Coloniales)

Né le 6 Janvier 1907 à ROCHEFORT-sur-MER (Charente-Inférieure)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* ; RHENTER, *assesseur* ;
POLLOSSON et EPARVIER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FRÈRE. A MA SŒUR

AUX MIENS. A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

Nous lui sommes aussi redevables des conseils éclairés qu'il nous a prodigués au cours de notre stage obstétrical. Nous l'en remercions sincèrement.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BROCHIER

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a guidé de ses précieux conseils. Pour tout l'intérêt qu'il nous a témoigné, nous l'assurons de notre profonde gratitude.

A MES MAÎTRES

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE de la GROSSESSE
et de l'ACCOUCHEMENT chez les PRIMIPARES TRÈS JEUNES
(au-dessous de quinze ans)

Historique

« Si l'on avait à faire un choix entre deux primipares ayant l'une quinze ans, l'autre quarante, c'est celle de quinze ans qu'il faudrait préférer », écrivait Dionis en 1718; mais ce n'est que plus tard, en 1740, que Moriceau s'attarde plus longuement à la question de la marche de l'accouchement chez les primipares très jeunes, sans toutefois citer d'observations, il envisage la grande jeunesse comme une des causes de difficultés à l'accouchement; et il en donne une thérapeutique peut-être un peu primitive mais néanmoins qui a le mérite d'être un remède purement obstétrical, traitant la cause même de cette dystocie, l'étroitesse du canal pelvien.

« On la traitera fort doucement et on lui amollira les passages avec huiles, graisses, en les oignant de ces choses longtemps avant l'heure de son accouchement pour les relâcher et les rendre plus faciles à se dilater ».

Si Moriceau et Dionis appréhendent les accouche-

ments des primipares trop jeunes, De la Motte en cite plusieurs observations, dont deux sont rapportées dans notre travail, et dit que ces grossesses peuvent se terminer aussi bien que chez des parturientes ordinaires. Il rapporte les cas de fillettes de 13 et 14 ans, « étant encore des enfants à jouer avec des poupées et à s'occuper à d'autres badinages aussi puérils ».

Chez la première l'accouchement et la délivrance se firent en moins d'une heure, chez la seconde en moins de deux heures.

Quatre ans plus tard, en 1759, Puzos écrit :

« Par rapport à l'âge, une femme trop jeune, dont la forme n'aura pas encore acquis toutes les dimensions, peut fort bien pêcher par un espace insuffisant pour le passage d'un enfant trop gros; ainsi, quand cet espace a reçu toute l'étendue qu'il peut avoir par l'extension des parties qui le forment, il faut qu'il tire ce qui lui manque, pour le passage de l'enfant, du déchirement de ces mêmes parties ».

L'Académie de Médecine publie en 1755 l'observation d'une primipare âgée de 9 ans et ayant fort bien accouché d'un garçon. Au début du xix^e siècle, Paris dit que pendant la Révolution des petites filles de 11 ans et même au-dessous furent admises à la Maternité de Paris en état de grossesse. Depaul cite, en 1875, le cas d'une fillette ayant accouché avant d'avoir atteint sa douzième année.

Joulin considère les femmes qui deviennent enceintes très jeunes, tout comme celles qui le deviennent au voisinage de la ménopause comme peu disposées à

l'avortement; car, dit-il, lorsque la conception est possible, le développement de l'utérus est assez avancé pour bien conduire la gestation.

Petit fut le premier à signaler la fréquence de l'albuminurie gravidique chez les jeunes primipares. En 1882, Dieterlen écrit dans sa thèse sur la marche de l'accouchement chez les primipares :

« Les primipares très jeunes n'ont pas plus à redouter que d'autres la longueur du travail; elles rentrent dans la catégorie ordinaire des primipares au point de vue du pronostic de l'accouchement; pourtant une femme très jeune offrira moins de résistance aux complications de l'accouchement et aux suites de couches qu'une femme ayant acquis son complet développement ».

Charpentier est du même avis que Dieterlin, pour lui l'âge intervient surtout dans le pronostic des suites de couches.

En 1884, Peyrat, dans sa thèse sur la puerpuéralité chez les primipares âgées de 17 ans au plus, déclare que la puberté précoce favorise la grossesse jeune; ce fait est assez discutable la grossesse n'étant pas une conséquence directe de la puberté. Pour cet auteur la primipare jeune serait exposée aux complications et en particulier aux avortements; chez celles qui mènent leur grossesse à terme l'accouchement serait rapide.

L'année 1889, Mlle Montégut publie un cas de maternité chez une femme âgée de 14 ans et demi. En 1898, plusieurs observations d'accouchement chez des

primipares très jeunes furent publiées, le Professeur Bousquet écrit dans *la Semaine Médicale de Paris*:

« Pendant que je dirigeais la Clinique d'accouchement de notre Ecole, j'appris dans le courant du mois d'avril 1893 qu'il y avait, dans un canton de l'arrondissement de Thiers, une jeune fille de 12 ans en état de grossesse avancée. Etant donné l'âge de la jeune femme, j'estimais qu'une intervention serait peut-être nécessaire... Le 11 juin 1893, la maîtresse sage-femme de la Clinique me présentait, à la visite du matin, la nommée Amélie D..., née le 6 décembre 1880 de père et mère non seulement Français mais encore Auvergnats. D'après les renseignements recueillis, la grossesse remontait à sept mois. Un examen rapide ne tarda pas à me convaincre que mes craintes étaient vaines: la fillette présentait le développement d'une fille de 16 ans au moins; le bassin était normal, les seins bien développés, et suivant toute probabilité l'accouchement serait simple et ne nécessiterait aucune intervention... Régée à 10 ans, Amélie D... avait eu en novembre 1892, n'ayant pas encore accomplie tout à fait sa douzième année, des rapports sexuels avec un des domestiques de la ferme dans laquelle sa mère était cuisinière; ses règles avaient manquées en décembre et depuis lors, la grossesse avait suivi sa marche normale.

Le 5 août 1893, Amélie D... accoucha d'une fille de 2 kilos 380, après un travail de 8 heures. Présentation en OIGA. Les diamètres de la tête fœtale étaient les suivants:

Diamètres :

Occipito-frontal	10 cm. 5
Occipito-mentonnier	12 cm.
Bipariétal	9 cm.
Bitemporal	8 cm.
Sous-occipito-bregmatique	10 cm.

Les suites de couches furent normales, l'enfant vécut normalement.

Le Docteur Masure signale le cas d'une fillette de 13 ans et 8 mois, n'ayant jamais été réglée, qui a ignoré sa situation jusqu'au dernier moment, elle affirmait que c'était son bon appétit qui l'avait ainsi fait profiter. L'accouchement se termina par une application de forceps; l'enfant pesait 3 kilos 500. Et le Docteur Masure ajoute :

« La fille n'a témoigné aucune émotion ni aucun sentiment maternel pendant les huit jours qui ont suivi l'accouchement ».

Guérin-Valmade et Sage publièrent également des observations de grossesse chez de jeunes primipares.

En 1901, Pannetier, sur 17.000 accouchements pratiqués à la Clinique Tarnier, relève :

- 1 observation à l'âge de 12 ans et demi ;
- 2 observations à l'âge de 13 ans ;
- 3 observations à l'âge de 13 ans et demi ;
- 2 observations à l'âge de 14 ans.

En 1903, Picard, dans sa thèse de doctorat, traitant de la puerpuéralité chez les primipares jeunes, conclut en disant que chez ces femmes la menstruation a été précoce, que leur accouchement est en général facile et que leur produit de conception est normal, avec

une forte proportion de garçons; il signale la fréquence des insertions du placenta sur le segment inférieur. La même année Peyrac traitant le même sujet note une exagération des phénomènes sympathiques de la grossesse sans aucun trouble particulier au cours de l'accouchement. En 1906, Mlle Pomeloff signale la fréquence de l'albuminurie et conclut à une marche normale de l'accouchement.

En résumé, nous voyons qu'il faut arriver jusqu'en 1898 pour que cette question soit un peu approfondie, jusque-là les auteurs français s'en étaient fort peu occupés se contentant de signaler ces faits d'ailleurs assez rares.

En Angleterre, de l'année 1862 à l'année 1893, on n'en signale que 13 observations; Harris rapporte le cas d'une femme mariée à 13 ans qui accoucha avant 14 ans, de 14 à 20 ans elle eut encore cinq enfants, tous nés à terme, dont deux seulement moururent en bas âge de tuberculose pulmonaire. Godson cite l'observation d'une fille âgée de 14 ans et 7 mois, quoique sa taille ne fût que 1 m. 45, cette femme, bien développée, paraissait avoir 18 ou 19 ans; l'accouchement fut fait au forceps sur une présentation de la face, et après une durée d'expulsion de 3 heures la parturiente mit au monde une fille pesant 3 kilos 750. En 1902, Roberts signala également quelques cas de grossesses précoces.

En Allemagne, la question semble avoir davantage retenu l'attention des auteurs, Keindmann, dès 1725, cite un baptême peu commun : la mère de l'enfant

était âgée de 9 ans, et le père de 13 ans. D'Outrepont, à la même époque, rapporte deux observations: dans l'une, chez une fille de 9 ans, la grossesse se termina par une fausse couche au quatrième mois; dans la seconde, la grossesse ne dépassa pas le septième mois. Veit, en 1867, fait des recherches sur le mécanisme de l'accouchement, le produit de la conception et les suites de couches. Valenta, Cohnstein et Ahlfed publient divers travaux sur la puerpuéralité chez les jeunes primipares.

En 1872, Sobbe recherche les rapports existant entre le poids et la longueur du nouveau-né avec l'âge de la mère. Quatre ans plus tard, Schramm et Bidder recherchent l'influence de l'âge des parents sur le sexe des enfants. La même année, Wiener publie un cas de grossesse chez une fille de 12 ans et demi.

En 1884, Kleinwachter publie un important travail sur la grossesse chez les jeunes primipares. Les complications morbides, soit liées à la grossesse, soit accidentelles, dit Kleinwachter, se rencontrent plus rarement chez les primipares jeunes. La durée de l'accouchement augmente avec l'âge. Les femmes jeunes sont moins exposées à la rupture du périnée. Kleinwachter remarque que ces jeunes primipares donnent souvent des garçons et que l'âge de la mère est fonction du poids et de la longueur de l'enfant.

O. Spitta publie un cas de grossesse chez une fillette de 14 ans; Fenner et Franck rapportent deux accouchements à terme chez des filles de 10 ans. Wehefritz, qui signala un cas de grossesse chez une femme de

- ~ -

11 ans 2 mois, avait remarqué l'aspect âgé de cette fillette qui, dit-il, semblait une femme de 20 ans.

En Amérique, nous trouvons de nombreuses publications. Russel, en 1893; puis Slaughter, la même année, qui publie l'observation d'une fille de 12 ans et demi, pas encore réglée, dont les seins et le système pileux n'étaient nullement développés, ayant eu un rapport sexuel « avec un gros nègre de cinquante ans », elle devint enceinte et accoucha à terme d'un garçon de 2.750 grammes. En 1898, Wilkinson cite un cas de gémellité, bien qu'il s'agisse d'une petite négresse le fait est assez intéressant pour mériter d'être retenu. Cette fillette, réglée à 11 ans, accoucha à l'âge de 13 ans de deux jumelles vivantes, la première était en siège, la seconde en présentation céphalique ; le travail de l'accouchement fut facile.

Drakely Rood et Scott, publient, la même année, deux observations d'accouchement chez des enfants de 11 et 12 ans. Willard rapporte un cas de précocité remarquable, c'est l'histoire d'une fille de 11 ans 11 mois et 20 jours qui se livrait à la prostitution depuis l'âge de 8 ans, et qui fut réglée à 10 ans. Elle accoucha facilement d'un bel enfant, pendant ses suites de couches elle eut une phlébite double qui guérit. Cette femme se livra de nouveau à la prostitution pendant une dizaine d'années, puis elle se maria avec un fermier et après plusieurs avortements dus à la syphilis, elle se guérit et put avoir sept enfants.

Wilmer Christian cite un accouchement normal chez une fille de 12 ans, cette femme qui était peu dé-

veloppée put cependant nourrir son enfant. D'après Dittrick, la plus jeune femme ayant été enceinte serait une Chinoise âgée de 7 ans, mais se hâte d'ajouter l'auteur, ce fait semble inexact. En réalité, le cas de plus grande précocité serait celui cité par Bodd: une fille âgée de 8 ans et 10 mois. Dittrick publie, toujours dans le même article, l'observation d'une jeune blanche de 11 ans et 10 mois ayant été fécondée par un homme de 18 ans. Cette enfant pesait 57 kilos et avait une taille de 1 m. 60; ses seins étaient bien développés et son pubis recouvert de poils. Présentation en O.I.G.A. Durée de la dilatation: 11 heures. Durée du travail 3 h. 3/4. L'enfant du sexe masculin pesait 3 kilos.

Paolo Negri conclut après ses recherches faites à la Maternité de Milan :

« Que l'accouchement chez les primipares très jeunes n'a fourni que des cas peu favorables quant à la durée d'expulsion, très favorables, au contraire, en ce qui concerne la dilatation, le poids du fœtus, son volume et sa présentation. »

En Espagne, Gomez-Torrès signale la fréquence de la rigidité du col.

Molitor, en Belgique, cite deux cas de grossesse observés sur des filles âgées de 8 ans.

Enfin, nous connaissons l'observation publiée par Haller, en Suisse, en 1784; celle de la jeune Anna Mummenthaler, qui, réglée à 2 ans, ressentit les douleurs de l'enfantement à 8 ans et 9 mois. Après 7 jours de douleurs, et devant la procidence d'un bras, on appela Jean Frédéric Brum, pseudo-chirurgien, qui

arracha le bras, ouvrit le ventre et à l'aide d'un forceps analogue à « celui utilisé par les forgerons » en extrait l'enfant. L'oncle de la jeune Anna, accusé de l'avoir rendu enceinte, dut s'enfuir. Quant à Anna, elle guérit et ne mourut qu'en 1816, vingt-sept ans après.

Etude du développement génital

Chez la femme l'évolution périodique d'une vésicule de Graaf et sa ponte spontanée déterminent dans les organes génitaux une hyperhémie marquée, la vascularisation utérine s'accroît fortement, et la fluxion dont cet organe devient le siège produit bientôt, à la surface de la muqueuse, un écoulement sanguin qui traverse le museau de tanche, parcourt le vagin, et sort par la vulve. Cette congestion, véritable érection, s'explique par la forme hélicine des artères et la disposition des faisceaux musculaires autour des sinus utérins.

Il est de notion vulgaire que chez la femme les menstrues indiquent l'aptitude à la fécondation. Hippocrate conseillait aux époux stériles de cohabiter de préférence pendant ces époques, et Fernel ayant invité le roi Henri II à procéder de même, Catherine de Médicis, sa femme, après onze ans d'infécondité, serait promptement devenue enceinte. De nombreuses autopsies semblent avoir établi la corrélation de la menstruation et de l'ovulation et sans toutefois admettre que, le plus souvent, la chute de l'ovule a lieu dans les derniers jours des règles, ces deux phénomènes nous paraissent présenter entre eux une cer-

taine analogie. Les animaux nous offrent un merveilleux terrain d'observation, car chez eux la période de rut doit être considérée comme analogue à l'époque menstruelle de l'espèce humaine. Chez la femelle, le rut passé, la fécondation devient impossible jusqu'à la nouvelle période de chaleur ; il n'en est pas tout à fait de même chez la femme pour qui la période emménique est un temps d'élection et non d'exclusion.

« Ainsi se retrouve le privilège de la race humaine de jouir de sa liberté même dans les actes qui ont le plus d'analogie avec ceux de la brute. Contrairement à la brute, la femme saine et bien conformée est pendant toute la période d'activité génitale apte à concevoir comme elle est apte aux rapprochements sexuels. »

Toutefois, existe-t-il un vice de conformation, l'ovulation, les corps jaunes se produisent sans être accompagnés du flux cataménial. De nombreuses autopsies permirent de retrouver des traces de corps jaunes chez des femmes qui n'avaient jamais été réglées. Ceci nous explique le cas de ces femmes qui deviennent enceintes avant d'avoir été réglées ; en effet, écrit Dittrick, le développement des follicules de de Graaf ayant lieu beaucoup avant la puberté, il n'est pas exceptionnel de trouver une et même deux grossesses avant la puberté.

Le premier écoulement menstruel caractérisant la puberté apparaît, soit sans phénomènes précurseurs, inopinément, soit le plus souvent à la suite de prodromes successifs qui peuvent, dans certains cas, devenir très violents, nécessitant l'alitement de l'enfant.

Généralement ces troubles s'atténuent au cours des menstruations suivantes, mais parfois aussi ils persistent avec la même violence pour ne disparaître que lors des premiers rapports sexuels. Les premières menstruations sont généralement irrégulières, n'apparaissant pas à date fixe.

L'âge auquel se produit l'apparition des règles est excessivement variable ; en France, l'âge moyen est de 13 à 16 ans; Raciborski a trouvé les chiffres suivants :

Ville	Température moyenne	âge
Toulon	16°75	14 ans 0 mois 5 jours
Montpellier . . .	15°30	14 ans 6 mois 1 jour
Marseille	14°75	13 ans 7 mois 24 jours
Lyon	12°44	15 ans 5 mois 6 jours
Paris	11°57	14 ans 7 mois
Strasbourg	9°80	14 ans 4 mois 7 jours

Cet âge, dont la moyenne varie peu autour de 14 à 15 ans, est sous la dépendance de nombreux éléments qui expliquent ses fréquentes variations. Parmi ces facteurs, il nous faut d'abord citer la latitude géographique, le climat; dans les pays chauds, la menstruation apparaît précocement, ne cite-t-on pas l'exemple de Mahomet qui, ayant épousé Kadisja à l'âge de 5 ans, l'aurait admise à cohabiter vers 8 ans ? Les femmes turques et arabes sont réglées très jeunes, vers l'âge de 9 ans. On a cru pendant longtemps que la grande chaleur était responsable de la précocité des règles, alors que le froid produisait un effet con-

traire ; en réalité peut-être la température locale joue un rôle, mais elle n'agit pas seule, ainsi que le prouve l'exemple cité par le Docteur Well à Calcutta où les indigènes présentent une précocité plus grande que les enfants nées aux Indes de parents européens. Outre la notion de race, on a invoqué l'hérédité ; Courty cite une famille où la mère et ses huit filles furent réglées à l'âge de 11 ans.

Le milieu social et l'éducation auraient une influence importante sur l'apparition des premières règles ; c'est ainsi que les jeunes filles nées à Paris sont réglées plus précocement (14 ans et 6 mois) que celles nées dans les communes voisines de Paris (15 ans et 3 mois). Leudet, au Congrès médical de Paris (1867), trouve comme chiffres chez les femmes riches de Rouen 13 ans 7/10, dans la campagne voisine 14 ans 5/10, et chez les ouvrières de la ville et des environs 14 ans 9/10. A Paris alors que dans la classe aisée l'âge moyen de la menstruation est de 13 ans et 8 mois, cet âge est de 14 ans et 10 mois dans la classe pauvre. A quoi est due cette précocité de la classe aisée ? A l'hygiène, à l'alimentation, à la vie luxueuse menée par ces enfants ; alors que la misère, le travail excessif, l'alimentation défectueuse, le défaut d'exercice musculaire et d'air seraient facteurs du retard de l'apparition des règles. Peut-être les excitations sexuelles, la promiscuité, la vie en commun, les habitudes d'intempérance, ne seraient pas étrangères à cette précocité.

On a, et en particulier Raciborski, invoqué la cons-

titution de l'appareil génital, « l'énergie génitale » variant chez chaque individu.

« Parmi les femmes, il y en a qui, dès leur naissance, se distinguent par la puissance génitale plus élevée que d'autres ; ces femmes, toutes choses étant égales d'ailleurs, seront réglées de meilleure heure. C'est dans les ovaires que se trouvent, chez les jeunes filles, le titre de la puissance génitale, et particulièrement, en ce qui est relatif à la première menstruation. »

Chez ces femmes, au « tempérament génital » particulièrement développé, les règles apparaissent à 8 ans, 5 ans et même au-dessous ; les seins et les organes sexuels suivent le même développement. Ces cas, appelés « monstruosité emméniques » par Raciborski, ne relèvent pas d'états pathologiques de l'utérus ou des annexes, mais sont caractérisés par une évolution précoce des vésicules de de Graaf ; c'est ainsi que Raciborski, en examinant des ovaires de petites filles, dit en avoir vu un appartenant à une enfant née prématurément qui renfermait déjà un follicule de de Graaf bien formé et visible à l'œil nu. Chez une autre enfant de 4 ans, il constate quinze follicules de 2 à 3 millimètres et même au-dessus. Le Docteur Comarmond, de Lyon, cite un cas de monstruosité emménique ; il s'agissait d'une enfant qui présentait à l'âge de 3 mois un développement des seins dont la mère s'inquiéta :

« Les parties génitales et les aisselles se couvrirent de poils noirs, crépus, épais. Bientôt les règles cou-

lèrent comme chez une femme bien formée et elles ont reparu avec régularité. »

Le visage, dit le Docteur Comarmond, n'avait rien d'enfantin, les traits étaient prononcés. La gorge était développée comme celle d'une femme.

Le Docteur J. Le Beau, en 1827, a signalé le cas de Mathilde H..., qui vint au monde avec des seins complètement développés, le mont de Vénus couvert de poils comme une fille de 13 ou 14 ans ; elle eut ses premières règles à 3 ans ; l'écoulement régulier et d'une durée de 3 jours se reproduisait tous les mois avec la même abondance que chez une femme adulte. A 4 ans, sa taille était de 1 m. 25 ; ses seins avaient le volume d'une forte orange ; les dimensions de son bassin étaient beaucoup plus grandes que normalement.

Le Docteur Susewind relate le cas d'une fillette réglée à 1 an, dont les seins et le mont de Vénus étaient ceux d'une enfant de 14 à 15 ans. Leuhossek cite un cas de menstruation à l'âge de 9 mois, Wharton et Stille celui d'une fillette réglée à 1 an et qui accoucha à 9 ans d'un enfant de 3 kgs 500.

Récemment, le Docteur Bravarski, assistant à la Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique de Belgrade, a publié un cas de puberté précoce. Il s'agit d'une enfant de 2 ans 1/2, chez laquelle la mère avait constaté un écoulement sanguin provenant du vagin. Aucun antécédent pathologique chez les parents ; la mère avait été réglée à l'âge de 14 ans. Née à terme, Véra Tch... fut nourrie au sein et fit ses premiers pas à onze mois. L'enfant est forte et vigoureuse, « plus

grande et plus forte que sa sœur aînée âgée de 4 ans », sa taille est de 1 mètre, son poids de 17 kgs. Les seins, ceux d'une fillette de 13 à 14 ans, ont un diamètre de dix centimètres et une hauteur de quatre centimètres, on sent à la palpation de volumineuses glandes mammaires, mais on n'arrive pas à faire sourdre de colostrum. Les cuisses sont plus développées que normalement. La circonférence du bassin est de 60 centimètres. Le pubis et la vulve présentent le même aspect que chez une fillette pubère; l'utérus mobile et indolore est du volume d'un œuf de pigeon. La métrorrhagie de la jeune Véra Tch... dura 3 jours.

Les différents auteurs ayant publié des cas de grossesse chez des primipares jeunes ont tous remarqué la précocité de la menstruation chez ces femmes; Gugenheim trouve comme âge moyen d'apparition des règles 12 ans, l'écoulement était d'ordinaire régulier, abondant et peu douloureux. Peyrac, dans sa thèse de doctorat, cite le cas d'une femme âgée de 14 ans et n'ayant jamais été réglée.

Dans nos observations nous trouvons comme dates d'apparition de la menstruation :

1 à 14 ans
1 à 13 ans 1/2
7 à 13 ans
3 à 12 ans 1/2
9 à 12 ans
2 à 11 ans 1/2
6 à 11 ans
2 à 10 ans

Nous voyons donc que la majorité de ces femmes ont été réglées précocement de 11 ans à 13 ans. D'après les renseignements fournis par les malades, l'écoulement serait régulier, assez abondant et d'une durée normale ; toutes avaient été réglées avant de devenir enceintes. Ces femmes présentent également des caractères sexuels anormaux pour des enfants de leur âge, les seins sont volumineux et sensibles, les hanches se dessinent, les formes s'arrondissent, le pubis se couvre de poils ; dans une seule de nos observations, on note des seins peu développés et un mont de Vénus presque glabre. Ces fillettes sont en général d'une forte corpulence, leur taille est au-dessus de la normale ; elles présentent, au point de vue physique, l'aspect de femmes de 18 à 20 ans. Leur état psychique est également modifié dans le même sens ; ces enfants sont déjà des femmes autant au point de vue moral que physique.

Bassin

Le bassin, intermédiaire entre le tronc et les membres inférieurs, soutient le tronc dans la position assise et transmet le poids de ce dernier aux membres inférieurs dans la station debout et la marche. Le bassin n'acquiert sa configuration normale qu'en passant par une série de modifications successives qui débute avec l'ossification de la vie fœtale et se termine à l'époque où se soudent les dernières épiphyses, le squelette est alors fixé dans sa forme définitive. D'autre part, organe de contention, le bassin servant à la protection de l'appareil génital chez la femme sera influencé par l'évolution de ce dernier.

Vers quel âge le bassin de la femme acquiert-il sa configuration définitive ? Pour la majorité des auteurs cette évolution se terminerait vers la vingt-cinquième année, époque où se soudent les dernières pièces. Sappey et Testut pensent qu'à vingt ans le développement du bassin féminin est terminé, alors que Velpeau donne comme âge moyen de quinze à dix-huit ans.

Le bassin du nouveau-né présente les caractères suivants : le sacrum est long et étroit, presque vertical ; sa base, haut située, est déjetée en arrière, sa

pointe s'incline en avant et affleure la ligne bi-ischiatique. Les cinq vertèbres formant le sacrum sont formées de cinq noyaux, séparés par du tissu cartilagineux ; deux de ces noyaux se soudent à la puberté pour former les apophyses épineuses, les autres noyaux ne se soudant que de vingt à vingt-cinq ans.

Les os iliaques sont formés à la naissance de trois os distincts : l'ilion, l'ischion et le pubis, qui sont séparés par trois bandes cartilagineuses convergeant en Y au fond de la cavité cotyloïde ; vers l'âge de seize ans, les os iliaques sont complètement ossifiés, à l'exception de six points osseux complémentaires qui se soudent de seize à vingt-quatre ans.

La forme générale du bassin du nouveau-né est celle d'un entonnoir largement ouvert par le haut. Le détroit supérieur affecte une forme circulaire, avec une légère prédominance du diamètre antéro-postérieur. Cette forme semble d'ailleurs assez variable et les auteurs qui ont étudié cette question sont en désaccord à ce sujet ; pour Turquet et Fehling le plus grand diamètre serait le transverse, pour Brindeau, Bouchacourt et Bonnaire les différents diamètres sont égaux et leurs dimensions oscilleraient autour de 40 millimètres.

Le bassin malléable du nouveau-né va bientôt changer de forme sous l'influence de trois facteurs principaux : la pesanteur, les tractions musculo-ligamenteuses et le développement des os.

L'action de la pesanteur est double : elle consiste, d'une part, en pressions exercées de haut en bas sur le bassin par le poids de la partie supérieure du corps

et en contre-pressions exercées de bas en haut par les membres inférieurs dans la station debout, ou par le plan sur lequel repose le bassin, dans la station assise. Sous cette double influence, la colonne vertébrale s'incurve, il se produit une lordose cervicale permettant à l'enfant de maintenir sa tête droite, cette lordose cervicale commande une cyphose dorsale et une lordose lombaire ; le sacrum est également entraîné.

Dans la station assise, le poids du corps passe par la base du sacrum, lequel est poussé en bas et en avant ; la descente du sacrum est bientôt arrêtée par les puissants ligaments sacro-iliaques postérieurs. La pointe du sacrum et le coccyx étant retenus par le ligament sciatique et les grands fessiers, le corps du sacrum s'incurve et décrit un arc à concavité antérieure. D'autre part, les ligaments postérieurs de Farabœuf rapprochent en arrière l'arc antérieur du bassin. En résumé, la station assise produit dans le bassin un aplatissement du détroit supérieur, et un agrandissement du détroit inférieur dans le sens antéro-postérieur et surtout dans le sens transversal.

Un peu plus tard l'enfant va marcher et son bassin subira encore d'autres modifications ; le poids du corps aboutit au fond des cavités cotyloïdes sur les têtes fémorales, les contractions des muscles postérieurs du tronc devenant plus fréquentes vont augmenter la lordose lombaire. Les cotyles poussés par les contre-pressions fémorales ont tendance à se diriger l'un vers l'autre et à rétrécir le bassin dans le sens transversal. A ces diverses influences s'ajoute l'action des muscles puissants qui s'insèrent sur les

ilions et le poids des viscères abdominaux qui reposent sur les fosses iliaques internes et il se produit alors un éversement en dehors des ilions ; Le grand bassin se délimitant nettement au petit bassin par la formation de la ligne innominée.

A côté de ces actions mécaniques dues à la pesanteur, aux muscles et aux ligaments qui constituent les éléments principaux de l'évolution du bassin, il se produit d'autres modifications liées à l'accroissement des os en longueur et en largeur.

A la puberté s'opère chez la femme une poussée rapide dans le développement du bassin ; ce travail est intimement lié à l'évolution de l'appareil génital ainsi que l'a montré Franz dans ses expériences sur les moutons. Il semble que cette « influence trophique de l'appareil génital » sur le développement du bassin soit plus importante qu'on ne le croit en général. Sans toutefois admettre, avec Fehling, que la présence de l'utérus et de ses annexes préside, dès le quatrième mois de la vie intra-utérine, à l'élargissement de l'excavation pelvienne, on ne saurait méconnaître cette influence au moment de la puberté. Il semble, et nos observations sont d'accord à ce sujet, que l'exagération du développement génital s'accompagne d'une exagération du développement du bassin ; toutefois cette influence a pu souffrir des exceptions, et c'est ainsi que Bar cite le cas d'une jeune femme n'ayant ni ovaires, ni utérus et ayant cependant un bassin très large.

En général le bassin semble atteindre ses plus

grandes dimensions de 17 à 19 ans, sans toutefois être entièrement ossifié ; c'est avis de Tarnier qui dit :

« Les parois latérales s'accroissent jusqu'à 19 ou 20 ans ; c'est donc à cet âge seulement que la nubilité est complète. A partir de cette époque, le développement du bassin est achevé ; on ne constate plus de changement si ce n'est dans l'épaisseur des os. »

Pour Bar et Brindeau le bassin n'est complètement ossifié que vers 25 ans.

Bichat est le seul anatomiste qui prétende qu'à 9 ans le bassin est assez bien conformé pour permettre l'accouchement.

D'après Burns, les diamètres du bassin seraient les suivants :

âge	diamètre antéro-postérieur	diamètre transverse
9 ans	7 cm.	7 cm.
10 ans	8 cm.	8 cm. 5
13 ans	8 cm.	9 cm. 5
14 ans	9 cm. 5	10 cm.
18 ans	9 cm. 75	11 cm. 5

Nous voyons, d'après cet auteur, que les dimensions habituelles du bassin, chez l'enfant de 14 ans, sont de 9 cm. 5 et 10 cm. ; alors qu'un bassin d'adulte présente pour les mêmes dimensions 11 et 12 cm. Il semble donc, à première vue, sans tenir compte des dimensions du mobile et surtout de la malléabilité de la tête fœtale, que les dystocies doivent être importantes. Or, sur les trente et une observations que nous avons relevées, seules six parturientes retiennent l'attention ; l'une présentant un bassin oblique ovalaire avait été

longtemps traitée pour un mal de Pott; chez quatre d'entre elles nous notons un bassin généralement rétréci et chez une seule un bassin aplati. Les mensurations externes, qui ne furent pas pratiquées chez les femmes au bassin normal, donnent dans les autres cas :

Diamètre de Baudelocque	17 cm. 9
Diamètre bi-épineux	22 cm. 4
Diamètre bi-crête	26 cm.
Diamètre bi-trochantérien	29 cm. 5

Ces dimensions sont identiques à celles que donne H. Dittrick dans son article sur quelques cas de grossesse précoce ; il cite le cas d'une fillette de 11 ans et 10 mois pesant 57 kilogrammes, d'une taille de 1 m. 60 et dont la pelvimétrie externe donna :

Diamètre de Baudelocque	18 cm.
Diamètre bi-épineux	23 cm.
Diamètre bi-crête	26 cm.

Il semble donc que ces primipares très jeunes présentent soit des bassins normaux, soit dans une proportion légèrement plus élevée qu'habituellement (20 %) des bassins généralement rétrécis d'environ deux centimètres. Malgré cette légère angustie pelvienne, l'accouchement chez ces jeunes femmes est ordinairement normal, et dans les facteurs entrant en jeu pour expliquer l'absence de dystocie devons-nous faire une certaine place aux mouvements des articulations du bassin à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement. En effet, nous savons que les articulations propres du bassin, qui à l'état normal ne présentent que de légers glissements, augmentent leur

mobilité au fur et à mesure que la grossesse évolue pour en présenter le maximum au moment même de l'accouchement : peut-être du fait de la malléabilité des pièces osseuses ces mouvements seraient-ils encore plus marqués chez les très jeunes primipares.

Age moyen. Les antécédents

De tous temps, chez tous les peuples, dès que la collectivité arriva à un certain degré de civilisation, le législateur s'est occupé de régulariser et de favoriser l'union sexuelle. Ainsi que l'a dit Fodéré, le mariage doit être considéré sous trois rapports : sous celui des besoins physiques et personnels, sous celui des enfants qui en naîtront, et enfin sous le rapport des droits et devoirs que l'état social a attaché à cette institution. Seul le deuxième rapport nous arrête : celui des enfants qui naîtront.

Le Code civil français indique dans son article 144 que l'homme, avant dix-huit ans révolus, et la femme, avant quinze ans, ne peuvent contracter mariage ; c'est la raison pour laquelle nous avons limité nos recherches aux femmes âgées de moins de quinze ans. Il semblera, d'après notre Code, que la femme âgée de moins de quinze ans ne puisse avoir un produit de conception viable ; toutefois, la législation a prévu la conception au-dessous de cet âge et l'article 145 du Code permet l'abaissement de la limite d'âge en cas de grossesse. La femme au-dessous de quinze ans peut-elle concevoir un enfant dans d'aussi bonnes conditions qu'une femme plus âgée ? Il est indéniable

que le nombre de femmes ayant conçu au-dessous de quinze ans est peu élevé ; dans nos recherches, qui ont porté sur dix années de pratique à la Clinique Obstétricale et à la Maternité de Lyon, nous n'avons pu réunir que 31 observations sur 30.310 accouchements pratiqués dans ces deux services, soit 1 cas sur 977, ce qui nous donne une proportion de 1 p. 1000. Cette proportion fut établie comme suit, de l'année 1919 à l'année 1929 :

	CLINIQUE		MATERNITÉ	
	accouchements	femmes de moins de 15 ans	accouchements	femmes de moins de 15 ans
1919	1.163	1	2.277	0
1920	1.293	1	3.061	2
1921	1.105	2	2.602	1
1922	1.071	1	2.549	1
1923	1.078	0	2.653	2
1924	1.141	0	2.821	2
1925	1.164	2	3.113	4
1926	1.161	4	3.230	1
1927	1.095	2	3.342	2
1928	1.242	1	3.149	2

Quel est l'âge moyen des jeunes femmes ayant servi à établir nos observations ? Nos 31 cas se répartissent ainsi :

- 4 femmes âgées de 13 ans
- 5 femmes âgées de 13 ans 1/2
- 18 femmes âgées de 14 ans
- 4 femmes âgées de 14 ans 1/2

Soit une forte majorité âgées de 14 ans; au-dessous de cet âge, le pronostic semble particulièrement sombre ; sur nos 4 femmes âgées de 13 ans, 2 furent sujettes à des crises éclamptiques.

Les antécédents de ces primipares ne nous semblent pas chargés ; elles ont présenté la gamme ordinaire des maladies infantiles : rougeole, coqueluche, etc. ; une parturiente fut traitée pour mal de Pott, et une autre signale une bronchite dans son jeune âge. Nous ne notons rien de particulier dans leurs antécédents héréditaires. Nous notons un cas de spécificité (observation n° X). En général, la santé de ces jeunes primipares est bonne, il nous semble devoir l'attribuer à leur forte constitution physique.

La Grossesse

Comment va évoluer la grossesse survenant chez de si jeunes femmes ? Il pourrait sembler que, chez ces parturientes, une suractivité de l'organisme maternel puisse entraîner un ralentissement de la nutrition qui assombrirait le pronostic de la grossesse. Or, il n'en est rien et rarement cet état puerpéral se complique d'accidents graves.

« La grossesse ne constitue pas une période de sacrifice pour la mère. La grossesse est une symbiose harmonique homogène », a dit Bar. En effet, nous verrons dans nos observations que les femmes ont bien supporté leur état de grossesse, malgré leur jeune âge. Faut-il attribuer ce bon pronostic au repos auquel sont soumises les malades, dont les parents désireux de cacher cet état les font admettre bien avant terme dans un service hospitalier ? Faut-il l'attribuer à la non répétition des coïts ? Ces deux facteurs nous semblent réfutables, car souvent ces filles cachent leur état à leur famille ou à leur patron ; et si dans nos observations deux d'entre elles avouent un coït unique, rien ne prouve qu'il en fut de même pour les autres parturientes. Nous pensons plutôt que ces fillettes précoces, au développement physique beaucoup

plus accentué qu'à l'ordinaire, soient par leur propres moyens capables de supporter normalement leur grossesse.

Nous allons étudier successivement les diverses modifications survenues au cours de la grossesse. L'albuminurie et l'éclampsie nous paraissent être les accidents les plus fréquents. Déjà en 1876, Petit écrit dans sa thèse que l'albuminurie gravidique atteint son maximum chez les femmes qui se rapprochent le plus du début de la vie sexuelle pour décroître par la suite. Peyrat, huit ans plus tard, est du même avis que Petit et trouve avec fréquence de l'albuminurie et de l'éclampsie chez les primipares jeunes. Boldt signale également, chez une parturiente de 12 ans et 8 mois, de sévères crises éclamptiques ayant nécessité une opération césarienne. Corrigan, en 1900, cite également un cas d'éclampsie chez une femme de 15 ans. En revanche, Kleinwachter écrit que l'albuminurie est rare chez les primipares jeunes ; Picard, Wiegen et Gugenheim sont du même avis, ce dernier ne signalant aucun cas d'albuminurie sur trente-six observations publiées. Nous notons cinq observations où la présence d'albumine fut signalée et trois cas d'éclampsie, dont l'un avec décès de l'enfant, le septième jour. Cette forte proportion d'éclampsie (10 %) est vraisemblablement due au défaut de surveillance qu'a créé la dissimulation prolongée de la grossesse.

Pour Pannetier et Peyrac les nausées et vomissements seraient particulièrement fréquents chez les jeunes primipares ; Gugenheim et Picard ne signalent pas de troubles digestifs. Dans nos observations nous

en trouvons cinq où la malade présenta quelques vomissements n'ayant donné lieu à aucune complication ultérieure.

Le Professeur Budin écrit dans sa thèse :

« Si les femmes très jeunes paraissent indemnes de varices, on les rencontre pourtant dès l'âge de dix-neuf ans. »

Delpech est du même avis, tandis que Gugenheim en signale dans la proportion de 9 %. Nous n'avons trouvé que deux cas de varices dans nos observations.

Kleinwachter et Peyrat signalent la grande fréquence des hémorragies chez les primipares jeunes ; Picard, Müller et Gugenheim sont d'un avis opposé. Pour notre part, nous n'avons pas rencontré de cas d'hémorragies au cours de la grossesse.

Nous n'avons pas remarqué de troubles de l'appareil respiratoire chez les jeunes primipares.

Kleinwachter est le seul auteur ayant signalé la fréquence des troubles psychiques chez les primipares très jeunes ; nous n'en avons rencontré aucun cas.

Dans une observation, nous signalons des seins ombiliqués.

Nous notons un cas de syphilis maternelle acquise (observation n° X). La grossesse s'accompagna d'hydramnios.

« Les deux extrêmes de la vie de reproduction se font souvent remarquer par l'avortement. La fécondation peut se faire avant que l'utérus soit assez développé pour porter son fardeau jusqu'à terme ; lorsqu'il ne peut plus suivre le développement rapide de l'œuf, l'avortement se fait aussi. »

Ainsi écrit Burns dans son *Traité d'Obstétrique* ; Whitehead et Zambais sont d'un avis analogue, ils pensent que la grossesse chez les primipares jeunes ne va pas jusqu'au terme ; en 1881, Vayselts fit, à la Maternité de Lyon, des recherches qui confirmèrent l'opinion de Whitehead. Peyrat est du même avis que les précédents auteurs ; il croit que ces femmes très jeunes ont des grossesses souvent interrompues ; Kleinwachter est du même avis ; il explique cette difficulté d'atteindre le terme par la plus grande fréquence des maladies de la grossesse chez ces parturientes. Paolo Négri est de l'avis opposé, il ne signale qu'un seul cas d'interruption de la grossesse sur les vingt-six observations qu'il publie.

Si nous examinons nos observations, nous n'en trouvons que trois où la grossesse aurait dépassé le terme prévu, sans d'ailleurs en troubler l'évolution. En revanche, nous trouvons 12 accouchements à terme et 16 prématurés, soit dans presque 50 % des cas une grossesse d'une durée normale, et dans un peu plus de 50 % des cas l'accouchement eut lieu avant terme. Ces 16 accouchements prématurés se répartissent ainsi :

8 eurent lieu à 8 mois ;

7 eurent lieu à 8 mois $1/2$;

1 eut lieu à 8 mois $3/4$.

Il nous semble donc bien que l'accouchement chez ces très jeunes primipares ait lieu dans une forte proportion (50 %) dans le courant du dernier mois. Nous n'avons rencontré aucun cas d'avortement pathologique.

L'accouchement

« Certes, l'accouchement est une fonction naturelle par excellence, et le plus souvent la femme l'accomplirait heureusement sans aucun secours, mais qui oserait la blâmer du soin qu'elle prend de se faire assister par un homme compétent. »

Mais lorsque cette femme est une primipare, et surtout si cette primipare n'a pas atteint l'âge de quinze ans, la simple appréhension que la famille éprouve lors d'un accouchement ordinaire fait place à une angoisse qui semble justifiée ; l'accouchement chez ces enfants n'est guère une fonction naturelle et l'on comprend que des accoucheurs, tels que Moriceau et Puzos, l'aient redouté. Toutefois, tous les auteurs ne furent pas du même avis ; De La Motte, M^e Lachapelle et Charpentier repoussent l'influence de l'âge sur le travail de l'accouchement ; De La Motte cite les deux exemples suivants qui mettent en évidence un travail court et facile.

OBSERVATION C., p. 337, t. I.

La femme d'un maître tailleur de cette ville, âgée de treize ans, étant grosse et malade, pour accoucher

m'envoya prier de venir la voir. Je trouvai que les douleurs commençaient à se faire sentir vivement, que les eaux étaient préparées et l'enfant bien placé. Je l'accouchai et la délivrai en moins d'une heure d'un travail assez médiocre ; elle et son enfant se portaient bien.

OBSERVATION CL., p. 338.

La femme d'un potier de cette ville, âgée de quatorze ans et un jour, s'étant fort bien portée dans sa grossesse, sa mère jugeant qu'elle était malade, par de certains gestes extraordinaires qu'elle faisait sans se plaindre, m'envoya prier de l'aller voir le 12 avril de l'année 1691. Je doutai moins de la violence de ses douleurs, par ses mouvements, que je n'aurais fait à beaucoup d'autres par les plus grands cris ; ce qui m'engagea à vouloir m'assurer de la situation de l'enfant. Elle était si jeune qu'elle me demandait pardon quand j'allais la toucher afin de m'instruire ; elle faisait les mêmes contorsions et figures que fait une petite fille pour se défendre du fouet. Je l'accouchai en moins de deux heures de travail et la délivrai ensuite.

Paolo Négri, Peyrat, Pannetier et les divers auteurs ayant étudié la question, sont unanimes à déclarer que l'accouchement chez ces jeunes femmes est en général facile et rapide.

Etudions les particularités présentées par le travail de nos primipares : les présentations, la marche et la durée des diverses périodes du travail et de la délivrance.

Les différents auteurs ayant étudié la question de l'accouchement chez les primipares très jeunes ont rencontré une forte proportion de présentations céphaliques : Pannetier dans la proportion de 97 %, Peyrat de 98 %, Mlle Pomeloff de 97,14 %. Dans nos observations nous ne trouvons que des présentations du sommet, réparties ainsi :

O.I.G.A. 26

O.I.D.P. 3

O.I.D.A. 1

Dans un cas, la présentation ne fut pas notée (Observation XXII); il s'agissait d'un bassin aplati et généralement rétréci qui nécessita une opération césarienne.

Dieterlen trouve une durée moyenne de la période de dilatation de 17 h. 30, Pannetier trouve 13 h. 10, Paolo Négri 10 h. 6, Picard 11 h. 6 et Mlle Pomeloff 16 heures. Gugenheim signale une durée de dilatation de 60 heures. Chez nos primipares, la plus longue durée fut de 35 h. 40 et la plus brève de 3 h. 30 ; la durée moyenne est de 14 h. 20. La durée de l'expulsion varie peu chez les divers auteurs l'ayant recherchée ; en effet, Weiss trouve comme durée moyenne 1 h. 24, Dieterlen 1 h. 15, Paolo Negri 2 h. 56, Pannetier 0 h. 59, Picard 1 h. 15, et Mlle Pomeloff 1 h. 20. La moyenne que nous avons établie est de 1 h. 20, bien inférieure à la durée habituelle de l'expulsion chez la primipare. Le plus long temps d'expulsion fut de 4 heures et le plus bref de 15 minutes. La moyenne de la durée totale du travail chez nos primipares est de 15 h. 40.

Les auteurs ayant étudié la délivrance chez les primipares très jeunes n'ont rien signalé de particulier ; Pannetier trouve que dans la proportion de 97 % la délivrance est naturelle, dans 2,49 % des cas l'on dut intervenir. Dans toutes nos observations, la délivrance fut normale ; sa durée moyenne fut de 1 h. 15, un peu inférieure à la durée habituelle (1 h. 22). La durée la plus longue fut de 3 h. 30, la moindre de 15 minutes. L'hémorragie accompagnant la délivrance varie : dans un cas, à la suite d'une application de forceps, elle fut de 820 grammes, dans un cas de 600 grammes, dans six cas elle varia de 400 à 500 grammes, et dans les vingt-trois autres elle fut normale ; soit une hémorragie un peu plus abondante qu'habituellement dans 1/5 des cas. Le poids moyen des placentas est de 519 grammes, le plus lourd placenta observé pesant 820 grammes. On ne note aucune rétention des membranes, aucun accident de placenta vicieusement inséré ; dans trois observations des infiltrations calcaires furent signalées, et dans un cas des infarctus placentaires (Observation n° II). La longueur moyenne du cordon fut de 52 centimètres ; on note deux insertions en raquette.

Dans son *Traité des Accouchements*, Nægelé dit que :

« La trop grande jeunesse de la mère peut être une cause de faiblesse des douleurs, surtout chez les personnes délicates et faibles. »

Kleinwachter soutient l'opinion de Nægelé et Mlle Pomeloff signale la faiblesse des contractions utérines chez les jeunes primipares. Weiss, au contraire,

croit que les contractions utérines sont aussi intenses chez les primipares précoces que chez celles d'un âge moyen; Peyrac et Gugenheim ne signalent pas de cas d'inertie utérine. Dans aucune de nos observations l'inertie utérine ne fut notée, les contractions furent toujours assez intenses et assez fréquentes pour mener à bien le travail.

Valenta croit que les membranes sont plus rudes chez les primipares jeunes et qu'il est souvent indiqué de les rompre ; Picard se range à cette opinion ainsi que Gugenheim. Chez nos parturientes, la rupture artificielle fut pratiquée environ une fois sur deux.

Les déchirures du périnée sont les accidents qui ont le plus attiré l'attention des auteurs ; Steinmann donne 13,4 % comme proportion des déchirures périnéales chez les primipares de 14 à 20 ans ; Pannetier 4,98 % ; Tittel, 30 % ; Picard, 6 % ; Mlle Pomeloff, 28,16 %, mais, ajoute-t-elle, ce ne sont que de légères déchirures. Sur 36 accouchements Gugenheim en signale 10 cas. Dans nos observations, nous ne trouvons qu'une seule fois une déchirure du périnée à la suite d'une application de forceps.

Seul Gomez Torrès signala la fréquence de la rigidité du col chez les jeunes primipares ; nous n'avons trouvé aucune dystocie due aux rigidités du col dans nos observations.

Il semble que les interventions obstétricales soient rares chez les jeunes primipares ; seule Mlle Pomeloff cite une application du forceps au détroit supérieur, qui fut nécessitée par une crise d'éclampsie. Dans nos observations, on note une opération césarienne (Obs.

XII) pratiquée à terme dans un bassin aplati et généralement rétréci. Deux applications de forceps sont signalées dans nos observations : l'une d'elles fut faite à la vulve pendant une crise d'éclampsie (Obs. n° XVI) ; l'autre, en bas de l'excavation, dans un bassin aplati et généralement rétréci de 9 centimètres de diamètre utile, fut indiquée par des signes de souffrance du fœtus ; on avait auparavant provoqué l'accouchement à 8 mois 1/2 au moyen de deux bougies de Krauze (Obs. n° V). Il ne nous semble pas que les viciations pelviennes soient suffisantes pour nécessiter l'emploi fréquent du forceps.

Nous ne mentionnerons pas les diverses études faites par Paolo Negri, Tittel et Kleinwachter sur les suites de couches chez les jeunes primipares ; antérieures à l'application de l'antisepsie en obstétrique, les résultats ne pourraient se comparer aux nôtres. Tous les auteurs qui s'en sont préoccupés par les suites furent d'accord pour reconnaître que le traumatisme de l'accouchement chez les jeunes primipares ne semblait pas favoriser l'infection puerpérale ; pour eux le pronostic de l'accouchement chez les primipares n'est nullement fonction de l'âge. Sur nos 31 observations nous en relevons 4 dans lesquelles les suites de couches furent légèrement fébriles ; toutefois, dans 3 de ces cas, la mère put allaiter son enfant et dans un seul, l'allaitement mixte fut employé.

Dans un cas, nous notons une température des suites de couches, un peu élevée (Obs. n° V), la malade sortit le 12^e jour en bonne santé ; nous devons attribuer cette légère infection au traumatisme occa-

sionné par la pose de bougies de Krauze et une application de forceps successive. Une seule fois la montée laiteuse fut médiocre, les autres parturientes purent aisément nourrir leur enfant. Le pronostic des suites de couches ne nous semble pas plus défavorable chez ces jeunes primipares que chez les autres parturientes.

L'enfant

Ce chapitre du nouveau-né, et surtout l'étude de son développement immédiat, nous paraît être de première importance ; car l'on peut penser que ces enfants nés de mères très jeunes doivent être chétifs, de taille et de poids inférieurs à la normale et dont le développement ultérieur est assez pénible. Pour **Kleinwächter**, la mortalité des enfants nés de primipares augmenterait avec l'âge de la mère ; **Weiss** pense que cette mortalité est la même chez les primipares jeunes et chez celles d'âge moyen. **Peyrac**, dans sa thèse de doctorat, ne signale pas de mort-né ; un seul enfant né prématurément à 6 mois 1/2 mourut 28 heures après. **Picard**, sur 38 accouchements, trouve : un fœtus macéré, un putréfié et deux décès de prématurés quelques heures après leur naissance. **Mlle Pomeloff** signale également un macéré et un mort-né ; **Gugenheim** n'en trouve pas.

Sur les 31 cas que nous publions, nous ne trouvons qu'un mort-né après accouchement prématuré à 8 mois. Nous signalons encore le décès d'un enfant, 3 heures après sa naissance, mais dans ce cas le décès doit être attribué à la syphilis maternelle. Un enfant

vient au monde en état d'asphyxie bleue (Observation n° V) et il est ranimé après 8 minutes ; l'accouchement, qui fut prématurément provoqué, avait dû se terminer par une application de forceps qui explique l'état d'asphyxie dans lequel était l'enfant. On note aussi un enfant naît étonné. Six observations ne portent aucune mention à ce sujet, toutes les autres signalent que l'enfant était vigoureux. Nous voyons donc que le pronostic immédiat chez l'enfant est excellent, malgré la fréquence des accouchements prématurés.

Kleinwachter signale la fréquence des malformations chez les enfants de primipares jeunes ; Mlle Pomeloff cite un cas d'hypospadias balanique. Dans nos observations, nous rencontrons une seule malformation, un pied bot. Dans l'observation n° V, on note une paralysie du plexus brachial, accident dû à l'application de forceps qui termina l'accouchement.

Les auteurs allemands furent les principaux à rechercher l'influence de l'âge de la mère sur le sexe de l'enfant ; pour Schramm, les femmes très jeunes engendrent plus de garçons que de filles ; Kleinwachter et Weiss sont du même avis. De même, en France, les auteurs s'étant occupés de cette question sont frappés par la plus grande fréquence des garçons et il semble, en effet, que Peyrat ait raison lorsqu'il écrit :

« Les primipares très jeunes donnent plus de garçons et les primipares jeunes plus de filles. »

Sur nos 31 observations, nous ne trouvons que 13 filles pour 18 garçons ; nous voyons bien une prédominance de garçons, mais seulement dans la pro-

portion de 2,5 pour 3. Il semble donc, d'après nos observations, qu'il y ait un peu plus de garçons, mais dans une proportion inférieure à celle indiquée par les auteurs.

A terme le fœtus mesure de 50 à 52 centimètres de long. Il pèse de 3.100 à 3.250 grammes. Alors que Kleinwachter prétend que les femmes très jeunes ont les enfants les plus lourds, Matthews Duncan dit que l'augmentation du poids et la longueur de l'enfant sont liées uniquement à l'âge de la mère ; il augmenterait jusqu'à 25 ou 29 ans, âge où il serait maximum.

Peyrat donne comme poids moyen 2.970 grammes. Picard trouve 3.000 grammes ; Mlle Pomeloff, 2.904 grammes ; Gugenheim 3.054 grammes pour les garçons et 2.935 pour les filles.

Dans nos observations, le poids le plus faible est celui d'un garçon né à 8 mois : 1.660 grammes ; la mère avait présenté de l'éclampsie au cours de sa grossesse et l'enfant mourut le 7^e jour. Le poids le plus élevé est 4.070 grammes ; garçon né à terme.

Les poids moyens que nous trouvons sont :

Garçons : 3.087 grammes ;

Filles : 2.763 grammes.

Nous voyons donc que le poids des enfants nés des primipares âgées de moins de 15 ans est un peu au-dessous du poids moyen des nouveau-nés ; mais il convient de remarquer que beaucoup de ces enfants sont nés avant terme, le poids du fœtus de 8 mois étant de 2.400 grammes ; ces enfants ne sont pas simplement un peu moins lourds parce que de mères trop jeunes, mais surtout parce que l'accouchement est préma-

turé ; d'ailleurs, si l'on fait une moyenne du poids des enfants nés à terme, on trouve 3.430 grammes pour les garçons et 2.900 pour les filles.

Quant à la taille de l'enfant, nous avons vu précédemment que pour Duncan sa courbe suivait celle du poids ; les enfants de ces jeunes femmes seraient petits. Hecker, Wernich, Rumpé et Kleinwachter sont du même avis. Paolo Negri trouve comme longueur moyenne 47 cm. 4, Peyrat 48 cm. 2, et Picard 49 cm. 35 pour les garçons et 48 cm. 9 pour les filles.

D'après celles de nos observations où la taille fut prise, nous voyons qu'elle varie entre les limites extrêmes de 46 cm. et 50 cm. et l'on trouve comme moyenne :

49 cm. pour les garçons ;

48 cm. pour les filles.

Normalement, les dimensions de la tête fœtale sont, d'après Fabre :

Diamètre occipito frontal 12 cm.

Diamètre sincipito mentonnier 13,5 cm.

Diamètre sous-occipito bregmatique 9,5 cm.

Diamètre sous-mento bregmatique 9,5 cm.

Diamètre bi-pariétal 9,5 cm.

Et les deux principales circonférences d'engagement sont :

Circonférence occipito frontale 37 cm.

Circonférence sous-occipito bregmatique . 32 cm.

La moyenne des principaux diamètres et circonférences établie d'après nos observations, nous donne les résultats suivants :

Diamètre occipito frontal	10,9 cm.
Diamètre sincipito mentonnier	12,9 cm.
Diamètre sous-occipito bregmatique ...	9,1 cm.
Diamètre sous-mento bregmatique	9,25 cm.
Diamètre bi-pariétal	8,7 cm.
Circonférence occipito frontale	34 cm.
Circonférence sous-occipito bregmatique	30,6 cm.

Nous voyons par les chiffres ci-dessus, que si tous les diamètres sont plus petits que normalement, cette différence est assez faible, de l'ordre de 1 cm. à 1 cm. 5. Les circonférences d'engagement sont également un peu diminuées. Nous remarquons, dans nos observations, la fréquence des déformations de la tête fœtale dues au chevauchement des os du crâne les uns sur les autres. A quoi doit-on attribuer ces chevauchements ? Sans doute à la légère diminution des diamètres du bassin, qui ne s'accompagne pas d'une diminution parallèle des dimensions de la tête fœtale, laquelle doit s'adapter au canal pelvien. Outre les chevauchements, on note des bosses séro-sanguines très marquées, beaucoup plus volumineuses qu'à l'ordinaire. Un seul cas de céphalématome fut signalé.

Si nous nous reportons aux études antérieures, le développement du nouveau-né serait d'un pronostic réservé ; Guérin-Valmade et Weiss ont remarqué que la lactation était peu abondante et souvent de mauvaise qualité. Picard conclut dans sa thèse en disant que « les enfants de femmes très jeunes s'élèvent mal pendant les jours qui suivent l'accouchement ». Peyrac et Pannetier sont du même avis, seul Gugenheim ne cite qu'un cas de mort chez un prématuré né à 7 mois.

Dans nos observations, nous ne relevons qu'un décès, le septième jour, celui d'un enfant né à 8 mois et dont la mère, âgée de 13 ans, avait présenté des symptômes d'intoxication gravidique : albuminurie et éclampsie (Observation n° II). Nous notons à l'observation n° VIII un léger ictère suivi d'un épisode de diarrhée ; à sa sortie de l'hôpital, l'enfant, âgé de 40 jours, était en bon état, sans toutefois avoir repris son poids.

Ces enfants furent nourris par leur mère, du moins aussitôt la naissance ; un seul nouveau-né fut allaité artificiellement.

Ces enfants reprennent leur poids du septième au neuvième jour, un peu moins vite qu'ordinairement ; mais là encore nous ne perdrons pas de vue que ces enfants sont souvent des prématurés ; leur développement ultérieur est le même que celui des prématurés en général, l'âge de la mère n'intervenant pas. Si l'allaitement maternel est suffisant, le pronostic du développement de ces nouveau-nés est bon, mais n'en nécessite pas moins une surveillance constante.

Pronostic et conduite à tenir

Le pronostic maternel chez les primipares âgées de moins de quinze ans n'est pas du tout défavorable ; la grossesse est normale quoique nous trouvons une proportion un peu élevée d'albuminurie, se rencontrant chez des femmes ayant longtemps caché leur état à leurs parents et dont par suite l'hygiène de la grossesse était réduit à rien. Quoique l'accouchement se produise en général avant terme, son pronostic n'est pas fâcheux pour la mère ; au contraire la durée d'expulsion serait plus courte qu'ordinairement. Les accidents très rares sont bénins et n'ont pas retenti sur l'état général de la mère. Le pronostic des suites de couches nous paraît moins favorable ; la morbidité de 16 % est un peu élevée, néanmoins ces complications sont très légères et se traduisent uniquement par une élévation thermique passagère.

L'état physique de l'enfant à la naissance est bon dans la grande majorité des cas, son développement ultérieur est aussi favorable que chez les autres nouveau-nés.

Quelle sera la conduite à tenir vis-à-vis de ces jeunes primipares ? Une surveillance continue doit être le point principal qui doit guider le praticien en

présence de telles malades. Ces jeunes primipares n'ont aucune idée des dangers qui les menacent, elles et leurs enfants ; aucune notion d'hygiène générale, ni d'hygiène spéciale ; les imprudences commises pourront coûter la vie, soit à la mère, soit à l'enfant.

La primipare jeune devra être soumise à une surveillance médicale sévère dès le début de sa grossesse ; la meilleure solution consistera à la faire admettre dans une maternité ou une maison de repos. De cette façon on pourra la mettre au courant de son état, dont elle ne se doute même pas dans certains cas, et la préparer progressivement à ses futurs devoirs. Ces femmes, souvent des ouvrières ou des cultivatrices, sont ignorantes, peu soucieuses de leur état ; elles doivent, pour gagner leur vie, se livrer à un travail plus ou moins pénible dans des conditions d'hygiène très défectueuses, et sont, de plus, souvent obligées de cacher leur état de grossesse pour ne pas perdre leur place. Nous voyons quels bons résultats pourront s'ensuivre de l'hospitalisation de ces jeunes mères en leur procurant le repos nécessaire pour mener à bien leur grossesse. C'est une œuvre de solidarité et de justice sociale, que de soustraire ces enfants aux gages insuffisants, vouées presque fatalement à la prostitution.

Seul l'examen médical permettra de dépister d'assez bonne heure l'existence de malformations pelviennes et dictera la sanction thérapeutique. L'examen fréquent des urines et de la tension artérielle s'impose dès le début de la grossesse ; il permettra d'instituer,

au moment utile, un traitement approprié pour éviter l'éclampsie.

Pendant les suites de couches, ces primipares doivent être l'objet d'une surveillance active : souvent elles-mêmes sont cause des infections, parce qu'elles ne sont pas en état de comprendre l'utilité d'une antiseptie sévère et elles détruisent, par une curiosité malsaine ou des habitudes déplorables, les bons résultats auxquels on aurait pu arriver. La jeune mère hospitalisée dans ces refuges sera guidée dans son rôle de mère, on éveillera ses sentiments affectifs souvent absents, et aussi dans son rôle de nourrice, car souvent elle ne sait pas donner le sein à son enfant et se décourage vite. On ne devra la laisser sortir de l'hôpital que lorsque son état de santé et celui de l'enfant seront suffisamment bons.

Observations

OBSERVATION N° I

Accouchement spontané à 8 mois. O.I.G.A.

M..., Louise, 14 ans. Père en bonne santé. Mère morte d'affection pulmonaire. Rougeole à 7 ans, suivie de coqueluche. Pas de signes de spécificité.

Premières règles à 12 ans, régulières et abondantes, apparaissant tous les quinze jours et durant huit jours.

Dernières règles le 15 juillet 1918. La malade aurait eu un premier rapport le 16.

Grossesse normale. Présentation en O.I.G.A.

Début des douleurs le 6 février 1919, à minuit.

Dilatation complète le 7 février, à 5 h. 30.

Terminaison de l'accouchement à 6 h. 20.

Durée de la dilatation : 17 h. 30.

Durée de l'expulsion : 50 minutes.

Délivrance : 15 minutes après. Perte sanguine de 400 grammes.

Enfant du sexe masculin, vigoureux, pesant 2.930 gr. ; longueur 50 centimètres.

Diamètre occipito frontal 11,6

Diamètre sincipito mentonnier 14,5

Diamètre bi-pariétal 8,6

Diamètre sous-occipito bregmatique 8,8

Chevauchement des pariétaux sur le frontal et sur l'occipital.

Placenta circulaire pesant 380 gr., infiltrations calcaires très nombreuses.

Membranes complètes rompues au centre. Cordon long de 58 centimètres.

Suites de couches normales.

L'enfant reprend son poids le 5^e jour.

OBSERVATION N° II

Accouchement spontané à 8 mois. O.I.G.A. Eclampsie.

M..., Jeanne, 13 ans. Réglée à 12 ans 1/2, régulièrement, d'une durée de 6 jours. Allaitée au sein maternel. Rougeole et coqueluche. Se présente le 21 juillet 1920 à la consultation des femmes enceintes, où l'examen décèle un disque épais d'albumine.

Dernières règles du 8 au 13 janvier.

Accouchement probable le 4 octobre.

Femme de petite taille, 1 m. 50, de type infantile, pesant 49 kilos.

Diamètre :	de Baudelocque	16,5
—	bi-épineux	24
—	bicrète	26
—	bitrochantérien	28

L'examen pratiqué un mois avant l'accouchement montre un col élevé, long, un segment inférieur non constitué, une présentation élevée et mobile. Le bassin semble étroit dans le sens transversal; on ne peut atteindre le promontoire.

Hauteur utérine : 24 centimètres.

Circonférence ombilicale : 76 centimètres.

Albuminurie constatée, tension à 13 sur 9.

Le 13 août éclate une crise d'éclampsie.

Accouchement spontané le 31 août en O.I.G.A.

Enfant du sexe masculin vivant, pesant 1.660 gr., long de 46 centimètres.

Diamètre occipito-frontal 8,5
Diamètre sincipito-mentonnier—11
Diamètre bi-pariétal 8
Diamètre sous-occipito bregmatique 8,2
Pas de bosse sanguine. Chevauchement des pariétaux
sur les frontaux et sur l'occipital. Placenta pesant 350
grammes (21 cm. sur 17 cm.) présentant des infarctus
blancs. Cordon long de 59 centimètres.
Membranes complètes.
Suites de couches normales pour la mère.
Décès de l'enfant le 7^e jour.

OBSERVATION N° III

Accouchement spontané à 8 mois. O.I.D.P. Bassin aplati.

B..., Julie, 14 ans, née à Villeurbanne. Pas d'antécédents pathologiques. Nourrie au sein. A marché à 18 mois.

Premières règles à 13 ans.

Dernières règles du 25 au 28 juin 1919. Accouchement probable le 4 avril 1920.

La malade rentre à la Maternité le 5 mars 1920.

L'examen du bassin montre un arc antérieur de courbure à peu près normale, le sacrum présente deux faux promontoires, le promontoire vrai est atteint à 10 cm. 5.

Grossesse bien supportée. Présentation en O.I.D.P.

Dégagement en O.P.

Début des douleurs le 8 mars à 23 heures.

Rupture spontanée des membranes le 9, à 3 heures.

Dégagement le 9 à 11 h. 15.

Durée totale du travail : 12 h. 15.

Expulsion spontanée du placenta par sa face fœtale.
Durée de la délivrance : 30 minutes.

Perte sanguine normale.

Garçon vigoureux de 3.450 grammes.

Placenta circulaire de 600 grammes, pas d'altérations.
Membranes complètes, rompues à 8 centimètres du bord.

Cordon long de 55 centimètres. Un circulaire cervical.
Suites de couches subfébriles. Etat satisfaisant à la sortie.

Allaitement artificiel.

OBSERVATION N° IV

Accouchement spontané à 8 mois 1/2. O.I.G.A.

Henriette D..., guimprière, 14 ans. Née à Grenoble. Père tué à la guerre. Mère en bonne santé. Deux frères et une sœur en bonne santé. Nourrie au sein maternel. A marché à 14 mois.

Premières règles à 11 ans 1/2, d'une durée de 4 à 5 jours, abondantes et régulières.

Les dernières règles datent du 15 au 20 novembre 1919.

Accouchement probable le 25 août 1920.

Quelques vomissements au début de la grossesse.

Pas d'albumine. Présentation en O.I.G.A. Dégagement en O.P.

Durée de la dilatation : 6 heures.

Durée de l'expulsion : 50 minutes.

Durée totale du travail : 6 h. 50.

Délivrance simple, d'une durée de 35 minutes.

Présentation du placenta par son bord.

Perte sanguine : 550 grammes.

Garçon de 2.760 grammes, vigoureux ; nourri au sein maternel, il reprend son poids normalement.

Placenta ovulaire de 16 centimètres sur 17, pesant 500 grammes.

Membranes complètes. Cordon lisse, de 65 centimètres de long.

Suites de couches normales. L'enfant est laissé à l'Assistance Publique.

OBSERVATION N° V

Bassin aplati et généralement rétréci de 9 centimètres de diamètre utile. — Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. — Forceps au bas de l'excavation.

C... Adèle, 14 ans, ouvrière, entre à la Maternité le 4 avril 1921. Rien à signaler dans ses antécédents.

Les premières règles sont apparues à l'âge de 13 ans ; abondantes elles durent de 6 à 8 jours.

Dernières règles du 14 au 22 juillet 1920.

Accouchement probable le 25 avril 1921.

A la consultation du 25 mars, on trouve une tête fœtale dans la corne utérine droite. Le promontoire est bas situé, saillant ; l'arc antérieur est de court rayon. On tente sans succès une version.

Le 4 avril, la malade entre aux expectantes pour être mise en travail prématurément à 8 mois 1/2. Le 13, à 11 heures, on introduit une bougie de Krauze que l'on retire le 15 à 11 heures. Le col est alors souple, perméable à deux doigts ; on introduit aussitôt une seconde bougie. Apparition de contractions fortes, espacées de 10 minutes. Le 16, à 11 heures, on rompt la poche des eaux. La tête est en O.I.D.A.

On note dans la journée des signes de souffrance de l'enfant, aussi, à 19 h. 15, fait-on une application de forceps.

L'enfant, du sexe masculin, naît en asphyxie bleue ; il est ranimé après 8 minutes. Poids : 3.380 grammes. Bosse séro-sanguine très accusée sur les deux pariétaux. Traces de forceps sur le frontal droit et la région mastoïdienne gauche. Tête très ossifiée.

Déchirure périnéale.

Délivrance par refoulement, 15 minutes après l'accouchement.

Perte sanguine de 820 grammes. Placenta pesant 500 grammes.

Membranes complètes. Cordon spiralé de 64 cm.

Diamètre sincipito-mentonnier	14
Diamètre occipito-frontal	12,2
Diamètre sous-occipito bregmatique	9,1
Diamètre bi-pariétal	9,3
Diamètre sous-mento bregmatique	9,4

La malade présente pendant les sept premiers jours des suites de couches une température un peu élevée, lochies un peu fétides. Elle quitte le service le 12^e jour dans un état satisfaisant.

L'enfant, qui présente une paralysie incomplète du plexus brachial gauche, est envoyé en nourrice au biberon.

OBSERVATION N° VI

Accouchement spontané à 9 mois 1/2. O. I. G. A.

Le 4 mars 1921, entre à la clinique B..., Octavie, âgée de 14 ans. Nourrie au biberon a eu ses premières règles à 14 ans, régulières, indolores, d'une durée de 4 jours ; ses dernières règles ont eu lieu du 15 au 20 juin 1920.

Examen de la malade : taille 1 m. 58 ; poids : 58 kgs.

Diamètre: de Baudelocque	18,5
— bicrète	26,5
— bi-épineux	23
— bitrochantérien	30

Au toucher, on note un petit bourrelet rétrosymphysaire.

Le promontoire est inaccessible. L'arc antérieur a une courbure réduite, moins bonne à droite qu'à gauche.

On note une exagération de la voûte palatine, le massif facial est aplati, les mains sont trappues.

Alors que la date prévue pour son accouchement était aux environs du 24 mars, le 7 avril la tête est tout juste amorcée et le segment inférieur ébauché.

Le 27 avril, à 20 heures, la parturiente ressent les premières douleurs. Quelques vomissements. Rupture des membranes le 28 avril, à 21 heures. Dilatation complète à 22 heures.

L'accouchement se termine le 29 avril, à 2 heures.

Durée de la dilatation : 26 heures.

Durée totale du travail : 30 heures.

Délivrance naturelle en 4 heures avec une perte de 400 grammes de sang.

L'enfant, du sexe masculin, vigoureux, pèse 3.730 gr., est long de 52 centimètres.

Diamètre: occipito-frontal	13,2
— sincipito-mentonnier	13
— bi-pariétal	10,3
— sous-occipito-bregmatique	10

On note une volumineuse bosse sanguine du sinciput. Le placenta pèse 550 grammes, est ovalaire (15 sur 17 cm.) Il n'est pas altéré, ainsi que les membranes qui sont complètes. Le cordon est long de 74 centimètres.

Les suites de couches sont normales.

L'enfant a repris son poids le 6^e jour.

OBSERVATION N° VII

Accouchement spontané à 9 mois. O.I.G.A.

P... Marie-Antoinette, 14 ans, nourrie au sein maternel.

Premières règles à 13 ans, irrégulières, non douloureuses. Rougeole.

Dernières règles datant de la fin de mars.

Est restée à la Samaritaine pendant les 3 derniers mois de sa grossesse. Au début de sa gestation eut des vomissements matutinaux. Depuis, la grossesse est bien supportée. O.I.G.A.

Le 10 décembre 1921, à 6 h., la parturiente ressent les premières douleurs peu accusées et irrégulières. Les dou-

leurs se rapprochant, elle est hospitalisée à la clinique. Le 11 décembre, à 5 h. 10, la dilatation est complète, la poche des eaux est rompue artificiellement: liquide clair et peu abondant. A 5 h. 30, la rotation est terminée et à 6 h. 05, la malade accouchait d'une fille de constitution vigoureuse.

Durée de la dilatation 23 h. 10.

Durée totale du travail 24 h. 05.

Trois minutes après l'accouchement, la malade perd environ 500 gr. de sang, les contractions n'ayant pas encore réapparue on fait de la compression digitale de l'aorte.

Placenta expulsé spontanément, forme en raquette : 16 cm. sur 18 cm.; 530 gr. Pas d'altération.

Membranes complètes: décollement amniochorial partiel.

Cordon long de 33 cm.

Enfant de sexe féminin, pesant 2.800 gr., long de 48 cm.

Diamètre: occipito-frontal	11,2
— sincipito-mentonnier	12,6
— sous-occipito-bregmatique	9,6
— bi-pariétal	8,8
— sous-mento-bregmatique	9,6

Volumineuse bosse sanguine au niveau du sinciput. Chevauchement des pariétaux sur le frontal et sur l'occipital.

Suites normales pour la mère.

Léger ictère de l'enfant au troisième jour, suivi d'un épisode de diarrhée, il quitte le service le 20 janvier 1922 en bon état (2.480 gr.).

OBSERVATION N° VIII

Accouchement spontané à terme. O.I.G.A.

M... Marie, 14 ans, née à Turin, guimprière, entre à la Maternité le 4 juillet 1922.

Rien à signaler dans ses antécédents, a été réglée à 12 ans. Nourrie au sein.

Les dernières règles datent du 31 septembre au 2 octobre 1921. Accouchement probable le 8 juillet 1922.

Grossesse normale, pas d'albumine. Présentation en O.I.G.A.

Début des douleurs le 3 juillet, à 23 heures.

Durée de la dilatation: 8 heures.

Durée de l'expulsion: 40 minutes.

Durée totale du travail: 8 h. 40.

Délivrance: le 4 juillet, à 8 h. 45.

Présentation à la Baudelocque.

Expulsion par simple refoulement d'un placenta circulaire pesant 440 grammes.

L'enfant du sexe masculin est vigoureux et pèse 2.800 grammes.

Les membranes sont normales, le cordon est grêle, de 50 cm. de longueur.

Suites de couches normales.

Allaitement maternel. Reprise du poids le quatrième jour.

OBSERVATION IX

Accouchement spontané à terme. O.I.G.A. Eclampsie.

B... Louise, 13 ans, entre à la clinique le 7 septembre 1922.

Née à Lyon, de père inconnu, sa mère est morte à 22 ans d'affection indéterminée. Nourrie au biberon. A eu ses premières règles à 10 ans, indolores, elles duraient 4 jours.

Rougeole en bas âge.

Dernières règles en novembre 1921. Pas de varices, pas d'œdème, seins bien conformés, gros disque d'albumine, O.I.G.A.

Début des douleurs le 6 septembre, à 23 heures.

Rupture spontanée des membranes le 7 à 2 heures, le col est alors dilaté à 2 cm.

Durée de la dilatation: 7 heures.

La rotation se termine le 7, à 6 heures, et 30 minutes après la délivrance est terminée. La durée totale du travail a été de 7 h. 30. Crise d'éclampsie pendant l'expulsion, 10 minutes avant la sortie de l'enfant; deuxième crise à 6 h. 30. Délivrance à 7 h. 20, naturelle, par la face fœtale, perte sanguine de 500 gr.

Après la délivrance, nouvelle crise d'éclampsie qui se renouvelle encore à 8 heures.

Garçon vigoureux de 3.100 gr. Bosse séro-sanguine au niveau du sinciput. Chevauchement du pariétal sur le frontal.

Diamètre: sincipito-mentonnier	13,2
— occipito-frontal	12,3
— sous-occipito-bregmatique	9,5
— bi-pariétal	9,1
— sous-mento-bregmatique	9,5
Circonférence: occipito-frontale	35
— sous-occipito-bregmatique	31

Reprend son poids le treizième jour.

Placenta de 410 gr., rond, 16 cm. de diamètre, présentant des infiltrations calcaires sur sa face maternelle.

Membranes complètes, pas altérées.

Cordon grêle, long de 56 cm.

Suites de couches normales, montée laiteuse médiocre.

OBSERVATION N° X

Accouchement spontané à 8 mois. O.I.G.A.

Hydramnios. Syphilis de la mère. Mort de l'enfant.

M... Blanche, 13 ans, 1/2, entre à la Maternité le 25 février 1923. Née à Lyon où elle exerce la profession de modiste.

Père décédé. Mère en bonne santé. Nourrie au biberon, fut réglée à 12 ans.

Ses dernières règles datent de la fin du mois de juin 1922. Accouchement probable: fin mars.

Au cours de sa grossesse, la malade présente des céphalées nocturnes et diurnes, accompagnées de maux de gorge. Vers le septième mois de sa grossesse, la malade présente une éruption cutanée.

Pas d'albumine dans ses urines.

Présentation en O.I.G.A. Bruits du cœur positifs.

Début des douleurs le 26 février, à 24 heures.

Le 27 février, à 17 heures, la parturiente accusant de violentes envies de pousser, on rompt les membranes et on recueille 1.500 grammes d'un liquide amniotique verdâtre.

A 18 heures, la malade après une durée de travail de 18 heures accouche d'une fille vivante présentant des phemphigus sur tout le corps, l'abdomen est volumineux.

L'enfant, qui pesait 2.400 grammes, meurt 3 heures après sa naissance.

Délivrance spontanée 30 minutes après. Le placenta apparaît par sa face fœtale et pèse 620 grammes, il n'est pas altéré.

Les membranes, rompues à 10 cm. du bord, sont intactes.

Cordon gras, long de 55 cm.

Suites de couches normales, la mère suit un traitement antispécifique.

OBSERVATION N° XI

Accouchement spontané à terme. O.I.G.A.

R... Laure, 14 ans, née à Villeurbanne. Nourrie au sein. Réglée à 11 ans 1/2.

Père vivant. Mère vivante, paralysée. Deux sœurs décédées, deux sœurs vivantes en bonne santé.

Les dernières règles datent du 20 au 26 novembre 1922.

Accouchement probable le 30 août 1923.

Le 23 juillet, à la consultation, on constate une présentation en S.I.D. Le 30, une version est tentée, mais sans résultat. Le 7 août, la présentation est en O.I.G., la tête est fixée.

Début des douleurs le 26 août, à 19 heures.

Rupture spontanée des membranes à 23 heures.

Terminaison de l'accouchement le 27, à 7 h. 30.

Durée totale du travail: 13 heures.

Délivrance naturelle à 8 heures, durée: 30 minutes.

Perte sanguine: 500 grammes.

Fille de 3.550 grammes. Placenta de 570 grammes, présentant des infiltrations calcaires sur sa face maternelle.

Membranes complètes, rompues à 4 cm. du bord.

Cordon lisse de 51 cm.

Suites de couches normales. La mère nourrit son enfant.

OBSERVATION N° XII

Accouchement spontané à 8 mois 1/2. O.I.G.A.

S... Jeanne, 14 ans, sans profession. Père décédé d'urémie. Mère en bonne santé. Nourrie au sein maternel. A eu ses premières règles à 12 ans.

Les dernières règles datent du 15 au 20 juin 1923.

Accouchement probable le 24 mars.

Bassin normal, pas de varices, pas d'œdèmes.

Quelques vomissements au cours des premiers mois de la grossesse.

Présentation en O.I.G.A.

Début des douleurs le 12 mars, à 1 heure.

Dilatation complète à 10 h. 15.

Dégagement en O.P. à 11 h. 15.

Durée de la dilatation: 9 h. 15.

Durée de l'expulsion: 1 heure.

Délivrance le 12 mars, à 10 h. 45, durée 30 minutes.

Sortie du placenta par sa face fœtale.

Enfant du sexe féminin de 2.700 grammes, vigoureux.

Placenta circulaire de 420 grammes, pas altéré.

Membranes complètes.

Cordon gras, long de 32 cm., pas de circulaires, ni de nœuds.

L'enfant nourrie au sein maternel pèse 2.550 gr. le septième jour.

La malade présente le 17 mars des symptômes abdominaux, faisant poser le diagnostic d'appendicite. Opérée le 19 mars, les suites opératoires sont bonnes.

OBSERVATION N° XIII

Accouchement spontané à 8 mois 1/2. O.I.G.A.

G... Joséphine, âgée de 14 ans, née à Lyon.

Nourrie au sein, a été réglée à 12 ans. Rougeole à 12 ans.

Père décédé, mère en bonne santé.

Dernières règles datant du 15 octobre.

Accouchement probable le 22 juillet 1924.

Grossesse normale, léger disque d'albumine.

Bassin normal.

Début du travail le 10 juillet à 2 h. 30.

Dégagement en O.P. à 7 h. 15.

Durée totale du travail: 4 h. 45.

Délivrance le 10 juillet, à 7 h. 50. Sortie du placenta par sa face fœtale.

Durée de la délivrance: 35 minutes.

Fille vigoureuse pesant 2.930 grammes, présentant un pied gauche bot.

Placenta ovalaire de 530 grammes.

Membranes complètes, sans altérations.

Cordon gras, de 50 cm. de long. Insertion en raquette, un circulaire cervical.

Température de la malade légèrement subfébrile (37°5).

L'enfant allaité par sa mère reprend son poids le neuvième jour.

OBSERVATION N° XIV

*Bassin oblique ovalaire. Accouchement spontané à terme
O.I.G.A.*

R... Jeanne, âgée de 14 ans 1/2, demeurant à Monplaisir, sans profession, venant de la Maison des Mères, entre le 10 janvier 1925 à la clinique.

Nourrie au sein, a marché à 10 mois.

A eu ses premières règles à l'âge de 11 ans, les a eues régulièrement depuis jusqu'au 25 avril 1924.

Rougeole, coqueluche, oreillons.

A l'âge de 3 ans a été soignée à l'Hôpital de la Charité pour mal de Pott, après avoir été immobilisée pendant 6 mois elle fit de l'héliothérapie pendant environ un an. Depuis, elle n'aurait ressenti aucun trouble, sa croissance se fit normalement.

Plus âgée, elle eut une broncho-pneumonie.

Taille: 1 m. 51.

Diamètre: bacrête	26 cm.
— bitrochantérien	29 cm.
— antéropostérieur	20 cm.

Pas de déformations des membres inférieurs.

Pas de raccourcissement apparent.

Aucune déformation vertébrale. Hanches asymétriques, la gauche présentant un léger méplat sous-trochantérien avec un bourrelet. Losange de Michaëlis asymétrique: hauteur 11 cm.

Côté : supérieur gauche 3,5
— supérieur droit 4,5

Au toucher, on sent que les deux épines sciatiques sont rapprochées, la droite projetée en avant et saillante. L'arc antérieur du côté gauche présente une courbure moins accentuée qu'à droite, avec un angle ilio-pectinéal plus petit. Promontoire inaccessible.

Accouchement à terme. Début des douleurs le 9 janvier, à 20 heures.

Rupture spontanée des membranes le 10 janvier, à 10 h. 30.

Dilatation complète à 12 h. 30. Dégagement à 13 h. 45 en O.P.

Durée de la dilatation: 16 h. 30. Durée du travail : 17 h. 45.

Délivrance à 15 h. 45, avec une perte sanguine insignifiante (200 gr.). Placenta: 500 gr., arrondi, 16 cm. sur 16 cm., pas altéré. Intégrité des membranes.

Cordon grêle, long de 56 cm.

Enfant de sexe masculin pesant 3.170 gr., long de 48 cm.

Diamètre: sincipito-mentonnier	12,5
— occipito-frontal	11,2
— sous-occipito-bregmatique	9,4
— bi-pariétal	8,1
— sous-mento-bregmatique	9,5

Circonférence: occipito-frontale	33 cm.
— sous-occipito-bregmatique	32 cm.

Suites de couches normales, l'enfant laissé à l'Assistance pèse à son douzième jour 3.100 grammes.

OBSERVATION N° XV

Accouchement spontané à 8 mois 3/4. O.I.G.A.

Ch... Marguerite, âgée de 14 ans, entre à la Maternité le 10 janvier 1925. Née à Sainte-Olive, la parturiente ne

signale aucun antécédent pathologique. Nourrie au sein maternel elle fut réglée à 13 ans 1/2.

Ses dernières règles datent du 16 au 20 avril 1924.

Accouchement probable le 25 janvier 1925.

Grossesse bien supportée. Pas d'albumine.

Présentation en O.I.G.A. Dégagement en O.P.

Début des douleurs le 14 janvier, à 10 heures.

Rupture spontanée des membranes à 17 heures.

Expulsion à 18 heures.

Durée de la dilatation: 7 heures.

Durée de l'expulsion: 1 heure.

Durée totale du travail: 8 heures.

Sortie du délivre à 18 h. 30, par sa face foetale.

Perte sanguine normale.

Durée de la délivrance: 30 minutes.

Garçon vigoureux pesant 2.900 grammes. Placenta circulaire de 500 grammes, pas altéré.

Membranes complètes, pas altérées.

Cordon lisse de 55 cm.

Suites de couches normales, l'enfant est laissé à l'Assistance publique.

OBSERVATION N° XVI

Accouchement spontané à terme.

Crises d'éclampsie nécessitant une application de forceps.

G... Maria, 14 ans 1/2, ouvrière italienne. Envoyée à la clinique d'obstétrique de Lyon par une sage-femme qui craint une dystocie car elle a senti « une projection assez marquée des épines sciatiques ».

Premières règles à 13 ans, nourrie au sein, aucun antécédent pathologique.

Dernières règles fin avril 1924. Pas d'albumine. O.I. G.A.

Le 2 février 1925 a 3 crises d'éclampsie, on se décide à faire un forceps, la rotation est à peu près complète.

Durée de la dilatation: 22 heures.

Durée totale du travail: 23 h. 15.

Délivrance le 2 février, à 2 h. 25, durée 10 minutes.

La perte de sang est de 300 grammes.

La malade a 2 nouvelles crises éclamptiques.

Garçon de 3.200 grammes, un peu étonné.

Chevauchement des pariétaux sur le frontal et du pariétal gauche sur le droit.

Bosse sanguine considérable sur le pariétal droit.

Diamètre: sincipito-mentonnier 13,2

— occipito-frontal 11,4

— sous-occipito-bregmatique 8

— bi-pariétal 8,2

— sous-mento-bregmatique 8,7

Circonférence: occipito-frontale 37 cm.

— sous-occipito-bregmatique 30 cm.

Placenta ovalaire (16 sur 18), pesant 450 grammes, pas d'altérations.

Membranes complètes. Cordon grêle de 45 cm. de longueur.

Suites de couches normales, l'enfant reprend son poids le septième jour, il persiste un petit céphalématome.

OBSERVATION N° XVII

Accouchement spontané à terme: O.I.D.P.

C... Germaine, âgée de 14 ans, sans profession, entre à la maternité le 7 mars 1925. Nourrie au sein maternel, réglée à 11 ans, d'une bonne santé habituelle.

Aucun antécédent pathologique.

Ne peut préciser la date des dernières règles.

Grossesse bien supportée, pas d'albumine.

Présentation en O.I.D.P. Dégagement en O.P.

Rupture artificielle des membranes le 7 mars, à 8 h. 30.

Durée de la dilatation : 8 heures.

Durée de l'expulsion : 1 h. 30.

Durée totale du travail : 9 h. 30.

Délivrance par refoulement à 10 h. 30. Mécanisme à la Baudelocque.

Perte sanguine normale. Durée de la délivrance : 30 minutes.

Garçon vigoureux, pesant 3.460 grammes.

Placenta circulaire de 550 grammes.

Membranes complètes rompues à 3 cm. du bord, décollement amnio-chorial partiel.

Cordon gras, long de 35 cm.

Température subfébrile des suites de couches due vraisemblablement à une infection légère.

L'enfant, nourri au sein maternel, n'a pas repris son poids le neuvième jour de sa naissance.

OBSERVATION N° XVIII

Accouchement spontané à 8 mois. O.I.G.A. Mort-né.

P... Yvonne, âgée de 14 ans, ouvrière, née à Nanterre.

Aucun antécédent pathologique. Nourrie au sein, a marché à 13 mois. Premières règles à 11 ans. Dernières règles datant de juillet 1924.

Accouchement probable : mai 1925. Grossesse normale, pas d'albumine.

Présentation en O.I.G.A.

Le 4 avril, à 12 heures, la malade fait les eaux.

Le 8, elle ressent les premières douleurs, elle arrive dans le service à 17 h., les bruits du cœur sont normaux, la température est de 37°5. Pas d'albumine dans les urines.

A 22 h. 55, les douleurs deviennent expulsives. A ce

moment, les bruits du cœur cessent brusquement. La dilatation est complète, la malade a de fortes douleurs expulsives, elle accouche spontanément à 23 h. 15.

Il y a un circulaire en écharpe très serré.

L'enfant naît en état d'asphyxie blanche, on ne perçoit aucun battement cardiaque, on essaye de le ranimer mais sans résultat. L'enfant, de sexe féminin, pèse 2.300 grammes.

Délivrance par refoulement le 9 avril, à 1 h. 15.

Durée de la délivrance : 2 heures.

Perte sanguine normale.

Placenta pas altéré, poids: 350 grammes.

Membranes complètes, rompues à 4 cm. du bord.

Cordon grêle de 50 cm.

Les suites de couches sont normales.

OBSERVATION N° XIX

Accouchement spontané à terme. O.I.G.A.

B... Reine, 13 ans 1/2, entre à la Maternité le 11 juillet 1925. Père et mère décédés de cause indéterminée. A eu la rougeole et la varicelle en bas-âge. Réglée à 11 ans.

Dernières règles du 27 au 30 septembre 1924.

Accouchement probable le 6 juillet 1925.

Bassin normal. Grossesse bien supportée. Présentation en O.I.G.A.

Début des douleurs le 12 juillet, à 3 h. 40.

Rupture spontanée des membranes à 14 heures.

Dégagement en O.P. à 15 h. 15.

Durée de la dilatation: 10 h. 20.

Durée de l'expulsion: 1 h. 15.

Durée totale du travail: 11 h. 35.

Délivrance à 15 h. 30, sortie du placenta par sa face fœtale. Perte sanguine de 600 grammes.

Durée de la délivrance: 15 minutes.

Enfant du sexe masculin, vigoureux, d'un poids de 4.070 grammes.

Placenta ovalaire (22 sur 16 cm.) pesant 760 gr.

Membranes complètes. Cordon grêle de 48 cm.

Légère température des suites de couches. L'enfant soumis à l'allaitement mixte reprend son poids le onzième jour.

A la sortie, l'état de la mère est satisfaisant.

OBSERVATION N° XX

Accouchement spontané à terme. O.I.D.P.

Yvone M..., 13 ans. Père mutilé. Mère porteuse d'un ulcère de jambe. Cultivatrice, née à Tenay.

Nourrie au sein, a marché à 15 mois.

Premières règles à 11 ans.

Dernières règles du 11 au 15 mars. Grossesse bien supportée. O.I.D.P.

Début des douleurs le 7 janvier 1926, à 12 heures.

Dilatation complète le 8, à 12 h. 15.

Rupture spontanée à 12 h.

Rotation complète en O.P., le 8, à 12 h.

Accouchement terminé à 12 h. 30.

Durée de la dilatation: 24 h. 15.

Durée totale du travail: 24 h. 30.

Délivrance à 15 h. 15, spontanée. Perte sanguine: 200 grammes.

Fille vigoureuse pesant 2.300 gr., longue de 46 cm., pas de bosse sanguine.

Diamètre: sincipito-mentonnier 11,5

— occipito-frontal 10

— sous-occipito-bregmatique 8,8

— bi-pariétal 8,8

— sous-mento-bregmatique 9,8

Circonférence: occipito-frontale 33

— sous-occipito-bregmatique . . . 30

Placenta douteux, cotylédon éraillé, pesant 440 gr., mesurant 17 sur 15 cm.

Intégrité des membranes, pas de rétention, friabilité. Trois infractus.

Insertion marginale d'un cordon grêle de 61 cm. de long.

L'enfant reprend son poids le septième jour.

OBSERVATION N° XXI

Accouchement spontané à 8 mois. O.I.G.A.

D... Marie, âgée de 14 ans, née à Chanéens (Ain), sans profession. Pas d'antécédents. Nourrie au sein maternel, a marché à 9 mois. A eu ses premières règles à 13 ans, indolores, abondantes, régulières, d'une durée de 8 jours.

Ses dernières règles datent du 12 au 20 juin 1925.

Seins bien conformés. Pas d'albumine.

Diamètre: de Baudelocque	18 cm.
— bi-épineux	23 —
— bi-crête	26 —
— bi-trochantérien	30 —

Grossesse bien supportée.

Présentation en O.I.G.A. Début des douleurs le 19 février 1926, à 11 heures. Dilatation complète le 20 février, à 5 heures. Rotation complète en -O.P., à 5 h. 50.

Terminaison de l'accouchement à 6 heures. Durée de la dilatation: 18 h., de l'expulsion: 1 h.

Délivrance à 9 h. 30, par la face maternelle. Perte sanguine: 50 gr. Durée de la délivrance: 3 h. 30.

Garçon de 2.350 gr., vigoureux, long de 46 cm., pas de bosse séro-sanguine, chevauchement des pariétaux sur les frontaux.

Diamètre: sincipito-mentonnier	11,5
— occipito-frontal	9,9
— sous-occipito-bregmatique	8,8
— bi-pariétal	8,9
— sous-mento-bregmatique	9,2

Circonférence: occipito-frontale 32
— sous-occipito-bregmatique 29
Placenta circulaire: 15 sur 16 cm., poids: 350 gr.
Membranes intactes, pas de rétention.
Cordon grêle: 48 cm.
Enfant, nourri au sein, reprend son poids le neuvième jour.

OBSERVATION N° XXII

Bassin aplati et généralement rétréci. Césarienne à terme.

M... Marie, 13 ans 1/2, ouvrière, présente au point de vue physique et mental certains caractères infantiles ; assez musclée, d'un aspect trapu et non grêle comme chez les enfants à la puberté. Légère convexité en avant des fémurs. Main courte, de forme carrée. Seins peu développés. Mont de Vénus presque glabre. Née à Saint-Etienne. Réglée à 12 ans, menstrues normales et régulières. Dernières règles datant du 22 au 25 octobre 1925. Aucune déformation squelettique. Taille: 1 m. 40.

Diamètre: de Baudelocque	16,5
— bi-épineux	19,5
— bi-crête	24,5

Losange de Michaëlis symétrique, mais la diagonale du triangle supérieur est réduite à 3 cm.

Arc antérieur de courbure régulière, mais de rayon réduit (8 cm.). Courbure du sacrum redressée dans sa partie supérieure qui correspond aux deux premières pièces sacrées, il existe un faux promontoire très net à l'union de ces 2 vertèbres. Le vrai promontoire est très saillant, il est accessible à 10 cm. Le bassin, dit de situation assise, aplati et généralement rétréci, est de plus canaliculé.

Ventre proéminent en obusier Hu 33 cm.

Le 27 juillet, début du travail. On décide une césa-

rienne abdominale classique et conservatrice. Suites parfaites.

L'enfant du sexe féminin, de 2.760 gr., nourrie au sein maternel, reprend normalement son poids.

OBSERVATION N° XXIII

Accouchement spontané à terme. O.I.G.A.

B... Antoinette, 14 ans 1/2, sans profession, née à Lyon. Coqueluche. Réglée à 12 ans 1/2 régulièrement, règles douloureuses, durant 3 jours.

Dernières règles du 1^{er} au 3 décembre 1925.

D'un taille au-dessus de la normale, squelette normal, seins normaux, pas d'œdème, quelques varices aux membres inférieurs.

Grossesse bien supportée. O.I.G.A.

Début des douleurs le 9 août 1926, à 9 heures.

Dilatation complète le 9, à 17 h. 15.

Rupture artificielle à 17 h. 20.

Rotation complète en O.P. à 18 h. 50.

Terminaison de l'accouchement à 18 h. 55.

Durée de la dilatation: 11 h. 20.

Durée totale du travail: 12 h. 55.

Délivrance à 19 h. 30, perte sanguine: 150 gr.

Enfant du sexe masculin, vigoureux, pesant 2.680 gr., long de 47 cm. Présente une bosse séro-sanguine sur le sinciput, et du chevauchement des pariétaux sur l'occipital.

Diamètre: sincipito-mentonnier	13,5
— occipito-frontal	10,5
— sous-occipito-bregmatique	9
— bi-pariétal	8,8
— sous-mento-bregmatique	8,5

Circonférence: occipito-frontale 33
— sous-occipito-bregmatique . . . 31
Placenta circulaire (15 sur 15), pesant 480 gr., pas altéré. Intégrité des membranes.
Cordon grêle de 65 cm. Un circulaire cervical.
Suites normales. L'enfant, nourri au sein maternel, reprend son poids très régulièrement.

OBSERVATION N° XXIV

Accouchement spontané à 8 mois. O.I.G.A.

C... Jeanne, 14 ans, domestique, née en Saône-et-Loire, entre à la Maternité le 6 décembre 1926.

Nourrie au sein, fit ses premiers pas à 15 mois.

Fut réglée à 13 ans. Aucun antécédent pathologique.

À présenté quelques vomissements pendant les premiers mois de sa grossesse. Quelques varices aux organes génitaux et aux membres inférieurs.

Léger disque d'albumine.

Présentation en O.I.G.A. Dégagement en O.P.

Début des douleurs le 6 décembre 1926.

Rupture spontanée des membranes le 6, à 19 heures.

Terminaison de l'accouchement le 7, à 3 h. 15.

Durée totale du travail: 5 h. 25.

Délivrance par refoulement le 7, à 4 h. 15.

Mécanisme à la Baudelocque. Perte sanguine normale.

Durée de la délivrance: 1 heure.

Fille vigoureuse pesant 2.620 grammes.

Placenta circulaire de 550 grammes.

Membranes complètes, rompues à 3 cm. du bord.

Cordon gélatineux de 62 cm. Un circulaire cervical.

Suites de couches normales.

OBSERVATION N° XXV

Accouchement spontané à terme. O.I.G.A.

C... Jeanne, 13 ans, née à Paris, et demeurant à Lyon, dont les dernières règles datent de juillet 1926, a eu jusqu'à son accouchement une grossesse bien supportée.

Réglée à 12 ans, assez régulièrement, règles peu douloureuses.

Rougeole. Bronchite.

Taille normale, seins bien constitués. Pas d'albumine.

Hauteur utérine à terme: 32 cm.; circonférence ombilicale: 68 cm.

O.I.G.A.

Début des douleurs le 2 mai, à 20 h.

Rupture spontanée des membranes le 3, à 16 h.

Dilatation complète le 4 mai, 7 h. 40.

Terminaison de l'accouchement à 8 h. 25.

Durée de la dilatation: 35 h. 40.

Durée totale du travail: 36 h. 15.

Délivrance à 9 h. 30, perte sanguine de 150 gr.

Durée de la délivrance: 1 h. 25.

Garçon vigoureux de 3.500 gr., long de 52 cm.

Présente une bosse sanguine volumineuse sur le bord postérieur du pariétal droit et du chevauchement des pariétaux sur les frontaux.

Diamètre: sincipito-mentonnier	13
— occipito-frontal	11,2
— sous-occipito-bregmatique	9,2
— bi-pariétal	9,4
— sous-mento-bregmatique	10,6

Circonférence: occipito-frontale 35

— sous-occipito-bregmatique . . . 32

Placenta ovalaire (17 sur 19) pesant 670 gr., pas altéré.

Intégrité des membranes.

Cordon gras, long de 74 cm.

Suites normales. L'enfant, qui reprend son poids le sixième jour, est placé à l'Assistance.

OBSERVATION N° XXVI

Accouchement spontané à terme. O.I.G.A.

D... Simone, 14 ans, sans profession. Oreillons à 9 ans.
Nourrie au sein maternel. Premières règles à 10 ans.

Ses dernières règles datent de la fin de septembre 1926.

Paratyphoïde au début de sa grossesse, qui depuis est
bien supportée, pas d'albumine. Présentation en O.I.G.A.

Le bassin paraît normal.

Début des douleurs le 8 juillet, à 3 h.

Dilatation complète à 6 h. 30.

Rupture artificielle des membranes à 6 h. 35.

Rotation complète en O. P. à 7 h. 45.

Terminaison de l'accouchement à 8 h.

Durée de la dilatation : 3 h. 30.

Durée totale du travail: 5 h.

Délivrance le 8 juillet, à 8 h. 30, avec perte sanguine
de 500 gr.

Garçon de 3.750 gr., long de 51 cm., léger chevauche-
ment des pariétaux sur les frontaux.

Diamètre: sincipito-mentonniers 14,5

— occipito-frontal 12

— sous-occipito-bregmatique 9,6

— bi-pariétal 9

— sous-mento-bregmatique 9,5

Circonférence: occipito-frontale 37

— sous-occipito-bregmatique 33

Placenta ovalaire (14 sur 17), pesant 650 gr.

Décollement amnio-chorial total. Pas de rétention.

Cordon grêle de 53 cm.

Suites de couches normales.

L'enfant reprend son poids vers le onzième jour, est
nourri au sein maternel.

OBSERVATION N° XXVII

Accouchement spontané à 8 mois 1/2. O.I.G.A.

V... Louise, 14 ans, née à Arles. Aucun antécédent pathologique. Réglée à 11 ans.

Dernières règles du 16 au 24 décembre 1926. Accouchement probable le 27 septembre 1927.

Grossesse normale. Présentation en O.I.G.A. Dégagement en O.P.

Début des douleurs le 11 septembre, à 8 heures.

Durée de la dilatation: 7 heures.

Durée de l'expulsion: 3 heures.

Durée totale du travail: 10 heures.

Délivrance par refoulement le 11, à 19 heures. Durée: 1 heure. Mécanisme de Baudelocque.

Perte sanguine: 500 grammes.

Enfant du sexe féminin, pesant 2.950 gr., long de 48 cm.

Bosse sanguine volumineuse sur le sinciput.

Chevauchement des pariétaux sur les frontaux.

Diamètre: sincipito-mentonnier	13
— occipito-frontal	10
— sous-occipito-bregmatique	8,8
— bi-pariétal	8
— sous-mento-bregmatique	9

Circonférence: occipito-frontale 34

— sous-occipito-bregmatique . . . 30

Placenta circulaire (16 sur 16 cm.), pesant 480 gr.

Membranes complètes, rompues à 5 cm. du bord.

Cordon gélatineux de 50 cm.

Suites de couches normales. Allaitement maternel.

Le neuvième jour l'enfant pèse 2.780 grammes.

OBSERVATION N° XXVIII

Accouchement spontané à terme. O.I.G.A.

V... Gabrielle, âgée de 14 ans 1/2, couturière, née à Lyon, entre à la Maternité le 17 novembre 1927.

Rougeole et coqueluche en bas-âge. Bronchite à 6 ans. Réglée à 12 ans, règles indolores, abondantes et irrégulières. Dernières règles le 15 janvier. Accouchement probable le 25 octobre. Grossesse bien supportée, seins ombiliqués.

Présentation en O.I.G.A. Dégagement en OP.

Début des douleurs le 16 novembre, à 19 heures.

Rupture artificielle des membranes le 17, à 16 heures.

Terminaison à 17 h. 30.

Durée totale du travail: 22 h. 30.

Délivrance par refoulement à 18 h. 30, sortie du placenta par sa face fœtale. Perte sanguine: 200 gr.

Durée de la délivrance: 1 heure.

Fille vigoureuse de 3.150 grammes. Longueur 50 centimètres.

Bosse sanguine sur le sinciput. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et sur l'occipital.

Diamètre: sincipito-mentonnier	13,2
— occipito-frontal	11
— sous-occipito bregmatique	9,2
— bi-pariétal	8,7
— sous-mento bregmatique	10,2
Circonférence: occipito-frontale	32
— sous-occipito bregmatique ...	31

Placenta ovalaire (17 sur 19 cm.) pesant 530 grammes.

Membranes complètes, rompues à 5 cm. du bord.

Cordon grêle de 55 cm. Insertion marginale.

Suites de couches normales. Reprise du poids le neuvième jour. Allaitement maternel.

OBSERVATION N° XXIX

Accouchement spontané à terme. O.I.G.A.

R... Marie, 13 ans 1/2, ouvrière à Lyon. Bronchite à 3 ans. Rougeole. Coqueluche. Nourrie au sein. Premières règles à 12 ans 1/2.

Grossesse bien supportée. O.I.G.A. Taille et seins normaux.

Début des douleurs le 17 janvier 1928, à 21 heures.

Dilatation complète le 18 janvier à 15 heures 30.

Rupture spontanée à 15 heures 30

Durée de la dilatation : 18 heures 30.

Fin de l'accouchement à 17 heures.

Durée totale du travail : 20 heures.

Délivrance à 17 h. 40, perte sanguine minime.

Enfant du sexe féminin vigoureux pesant 2.600 gr.; longueur: 47 cm. Bosse séro-sanguine sur le sinciput et la fontanelle antérieure. Chevauchement des pariétaux sur l'occipital.

Diamètre: sincipito-mentonnier 13,3

— occipito-frontal 8,7

— sous-occipito-bregmatique 8,5

— bi-pariétal 8,7

— sous-mento-bregmatique 8,3

Circonférence: occipito-frontale 32

— sous-occipito-bregmatique 29,5

Placenta bilobé de 440 gr. Intégrité des membranes, pas de rétention.

Cordon spiralé de 50 cm. de long.

Suites normales. Allaitement maternel. L'enfant pèse 2.410 gr. à 8 jours.

OBSERVATION N° XXX

Accouchement spontané à 8 mois 1/2. O.I.G.A.

B... Elvire, usineuse, 14 ans, entre à la Maternité le 19 mai 1928. A marché à 9 mois. Réglée à 13 ans, ses règles sont irrégulières et douloureuses. Pas d'antécédents pathologiques.

Grossesse bien supportée. Pas d'albumine.

Présentation en O.I.G.A. Dégagement en O.P.

Début des douleurs le 19 mai, à 2 heures.

Dilatation complète à 19 h. 30. Rupture artificielle des membranes.

Terminaison de l'accouchement à 20 heures.

Durée de la dilatation: 17 h. 30.

Durée de l'expulsion: 30 minutes.

Durée totale du travail: 18 heures.

Délivrance à 21 heures, sortie du placenta par sa face fœtale, perte sanguine insignifiante.

Durée de la délivrance: 1 heure.

Enfant vigoureux, pesant 2.870 gr., long de 43 cm. Sexe féminin.

Bosse séro-sanguine sur le bord postérieur du pariétal droit.

Diamètre: sincipito-mentonnier 12,8

— occipito-frontal 10,8

— sous-occipito-bregmatique 8,9

— bi-pariétal 8

— sous-mento-bregmatique 9,3

Circonférence: occipito-frontale 32

— sous-occipito-bregmatique 29

Placenta ovalaire (14 sur 16 cm.), pesant 550 gr.

Membranes complètes, rompues à 9 cm. du bord.

Cordon grêle de 40 cm., insertion marginale.

Suites de couches normales. Allaitement maternel.

L'enfant reprend son poids le sixième jour.

OBSERVATION N° XXXI

Accouchement spontané à terme. O.I.G.A.

G... Marie, 13 ans 1/2, repasseuse, née à Craponne.
Régée à 21 ans, règles normales. Rougeole en bas-âge.
Les dernières règles datent du 22 novembre 1927.
Accouchement probable le 2 septembre 1928.
Grossesse bien supportée, pas d'albumine.
Présentation en O.I.G.A. Dégagement en O.P.
Début des douleurs le 2 septembre, à 22 heures.
Rupture spontanée des membranes le 3 septembre, à
1 h. 20.

Dilatation complète le 3, à 7 heures.

Terminaison de l'accouchement le 3, à 10 heures.

Durée de la dilatation: 9 heures.

Durée de l'expulsion: 3 heures.

Durée totale du travail: 12 heures.

Délivrance le 3, à 11 heures, le placenta se présente par son bord. Perte sanguine normale.

Durée de la délivrance: 1 heure.

Enfant du sexe masculin, vigoureux, pesant 3.500 gr., d'une longueur totale de 50 cm. Volumineuse bosse séro-sanguine sur le pariétal droit, mais pas de chevauchement.

Diamètre: sincipito-mentonnier 13,5

— occipito-frontal 12

— sous-occipito-bregmatique 9,5

— bi-pariétal 8,5

— sous-mento-bregmatique 9,5

Circonférence: occipito-frontale 36

— sous-occipito-bregmatique . . . 31

Placenta ovalaire (19 sur 18 cm.), pesant 820 gr.

Membranes complètes, rompues au bord. Insertion du cordon en raquette.

Suites de couches normales. Allaitement maternel.

Poids de l'enfant le neuvième jour: 3.370 gr.

Conclusions

I. — La grossesse chez les filles de moins de 15 ans se rencontre à l'hôpital dans 1 p. 1000 des cas. (Statistique des Services obstétricaux de la Charité de Lyon, de 1918 à 1929).

II. — Ces très jeunes primipares présentent d'ordinaire un habitus physique supérieur au développement qui caractérise leur âge. Les diamètres du bassin sont habituellement normaux. Dans 20 % des cas, il existe de l'angustie pelvienne habituellement peu marquée.

III.— La grossesse évolue habituellement sans incident. Nous noterons cependant 10 % de cas d'éclampsie, dus vraisemblablement au défaut de surveillance qu'a créé la dissimulation prolongée de la grossesse.

IV. — L'accouchement se fait, le plus souvent, dans le cours du neuvième mois (50 % des cas) ; dans 50 % des cas, seulement, il a lieu au terme prévu ou au-

délà. Dans 10 % des cas, environ, l'accouchement ne s'est pas terminé spontanément.

V. — L'enfant se développe habituellement normalement dans les premiers jours de la vie.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, VORON.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 3 Octobre 1939.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- ADDINSELL. — Pre-menstrual pregnancy in a girl aged 13 years. *Lancet*, London, 1905, I.
- AHLFELD. — Archiv. für Gynæk., t. IV, 1872.
- ABLEN. — Pregnancy at the age of eleven years.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBREBENT. — *Pratique de l'art des accouchements*.
- BERTRAND. — Observation sur une fille réglée à 8 ans.
- BIDDER. — *Zeichschrift für Geburt*, 1878.
- BLUMENBACH. — *Mediz. Bibliothek.*, Gættingue, 1784.
- BOCK. — *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Bruxelles, 1899-1900, X, p. 113.
- BOLDT. — *Post Grandate*. New-York, 1905, XX, p. 1251.
- BOUCHACOURT. — Statistique sur la menstruation.
- BOURGEOT. — Développement complet de l'appareil génital chez une jeune fille à sa naissance. *Gazette Médicale*, 1832.
- BOUSQUET. — *Semaine Médicale*. Paris, 1898, p. 119.
- BRAVARSKI. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*. Paris, mai 1930.
- BUCHANAN. — Precocious pregnancy. *Med. News. Phila.*, 1893, LXIII.
- BURCK. — Conception chez une femme non réglée. *Med. Zeitung*, 1854.
- CARUS. — *Lehrbuch der Gynäkologie*. Leipzig, 1837.
- CAZEAUX et TARNIER. — Mémoires sur la menstruation. *Congrès Médical*. Paris, 1867.

- CHRISTIAN (I. O.).— *J. Am. Med. Ass.* Chicago, 1898, XXIX, 38.
- CHRISTIAN (W.) et ROOD (L. D. — Precocious pregnancy. *J. Am. Med. Ass.* Chicago, 1898, XXXI, p. 138.
- CORRIGAN. — *Brit. Med. Journ.* London, 1900, I, p. 838.
- DE LA MOTTE. — *Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature.* Paris, 1745.
- DEPAUL. — *Cliniques obstétricales.*
- DIETERLEN. — *Thèse.* Paris, 1884.
- DIONIS. — *Traité des accouchements.* Paris, 1718.
- DITTRICK. — Precocious pregnancy. *Journal Am. Med. Ass.*, mars 1927.
- DOOD. — Remarkable case of early maternity. *Lancet.* London, 1881, I, p. 601.
- DRAKELY-ROOD. — Precocious pregnancy. *Journal Am. Med. Association*, 1898.
- DURAND. — *Bull. Académie Méd. de Paris*, 1898.
- FINDLEY (W.). — A precocious mother. *Med. News N.-Y.*, 1897, LXX, p. 345.
- FOX (S. J.). — Youngest mother on record. *M. J. Aust.*, 1890, V, p. 19.
- GLEAVES (C. W.). — A young mother. *Med. Rec. N.-York*, 1895, XLVIII, p. 715.
- GODSON (J. E.). — *Brit. Med. Journal.* London, 1893, I, p. 743.
- GOMEZ-TORRÈS. — Grenade, 1878.
- GOODRIDGE (E. A.). — *Med. Rec. N.-York*, 1874, IX, p. 536.
- GUÉRIN-VALMADE. — *Nouveau Montpellier Médical*, 1898, VII, p. 1133.
- GUGENHEIM. — *Thèse.* Bordeaux, 1924.
- HALLER (von). — Geburten bei jugendlichen erstgebarenden. 8° *Muncheh*, 1913.
- HARRIS. — Pregnancy and labor in young primipare. *Bull. Baltimore*, 1922, XXXIII, p. 12.
- HARRIS (W. J.). — Early pregnancy. *Brit. Med. J.* London, 1890, I, p. 179.

- HECKER. — Über Gewicht und Lange der Neugorenen Kinder im Verhältniss zum Alter der Mutter.
- HIRST (B. C.). — Parturition in young girls. *Univ. M. Mag. Phila.*, 1889-1890, II, p. 601.
- KEINDMANN. — Sammil v. nat. u. med. Gesch, 1725. Leipz., XXVI, p. 543.
- KLEINWACHTER. — *Zeichschr. f. Geb. und Gynæk.*, V, 1884.
- LACHAPELLE. — *Pratique des accouchements*. Paris, 1825.
- LÉONARD (C. H.). — A case of early pregnancy. *Tr. Mich. M. Soc. Détroit*, 1897, p. 295.
- LEUDET. — *Congrès Méd.* Paris, 1867.
- LIVON. — Grossesse et accouchement chez une femme de 12 ans et 5 mois. *Gaz. de Gynécol. Paris*, 1906, XXI, p. 343.
- MAEDER. — Die geburten in den entwickelungsjaren biszum, 18 Jahre. 8° *Marburg*, 1901.
- MAGNIER. — *Nouveau Montpellier Médical*, 1898.
- MAGNIEZ. — Accouchement avec bassin rétréci à l'âge de 15 ans. *Gaz. Méd. de Picardie*. Amiens, 1896, XIV, p. 189.
- MARSHALL. — *The Glasgow Obst. Gynécol. Soc.*, 1902-1905.
- MASURE. — *Semaine Médicale de Paris*, 1898.
- MAURICEAU. — *Traité des femmes grosses et de celles qui ont accouchées*, 1740.
- MILNER (J.). — Note on a case of precocious conception with subsequent delivery at full term. *Lancet*, London, 1902, I, p. 1601.
- MINDER. — Ueber Schwangerschaft Gebuch und Wochensbett im fruhen Lebensalter. 8° *Berlin*, 1893.
- MOLITOR. — *Bull. Acad. Roy. de Belgique*. Bruxelles, 1878.
- *Traité des accouchements*. Paris, 1759, XII, p. 77.
- MONTÉGUT. — *Gaz. Hebd. Soc. Méd. de Montpellier*, 1889, XI, p. 566.
- MULLER. — *Lehrbuch der Geburtshilfe*.
- MUNDER. — Ueber die Geburten im fruhen Lebensalter.
- MURAT. — *Dictionnaire des Sciences Médicales*, 1813.

- MURILLO (A.). — Porto de una muchacha de 13 anos. *Rev. Méd. de Chil.* Santiago, 1875-76, IV, p. 358.
- NICHOLS. — Early maternity. *Med. Rec.* N.-York, 1890, XXXVII, p. 731.
- OUTREPONT (D'). — *Beob. u. Bermerk. a. d. Geburt. u. Gerichthl Med.* Götting, 1826, III.
- PARMENTIER. — *Thèse.* Paris, 1901.
- PAOLO-NEGRI. — *Annali di obstetrica.* Milan, 1883.
- PARIS (J.-A.). — *Médical Jurisprudence* Londres, 1823.
- PETIT. — *Thèse.* Paris, 1876.
- PEYRAC. — *Thèse.* Toulouse, 1903.
- PEYRAT. — *Thèse.* Paris, 1884.
- PICARD. — *Thèse.* Paris, 1903.
- PINARD. — *Bull. Soc. de Méd. publique et d'Hyg. profess.*, XVII, 1895, p. 330.
- POMELOFF. — *Thèse.* Montpellier, 1906.
- POWER. — Essai sur la constitution de la femme et sur l'écoulement menstruel. London, 1921.
- PUZOS. — *Traité des accouchements*, 1759.
- RACIBORSKY. — *Traité de la menstruation.*
- RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique.* Paris, 1900.
- RODERSTON (G. W.). — Pregnancy in childhood. *Brit. M. J.* Lond., 1902, I, p. 142.
- ROWLET. — Grossesse et accouchement chez une fille de 10 ans. *Gaz. Hôpitaux*, 1852.
- SAGE. — *Semaine Médicale de Paris*, 1898.
- SCHRAUM et BIDDER. — *Archiv. für Gynæk.*, 1876.
- SCOTT (N. S.). — *J. Am. Med. Assoc.* Chicago, 1898, XXXI, p. 192.
- SLAUGHTER. — *Med. News.* Phila., 1893.
- SMART. — *British. Med. Journ.* London, 1858.
- SMITH (H.). — *British. Med. Journ.* London, 1881.
- SPITTA (Oscar). — *Thèse*, Marburg, 1895.
- STOFFIER. — *Über die Geburten Günger Erstgebaren.* Halle, 1852.

- TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements*.
TAYLOR. — *Monatsschr. f. Geburts*, 1855.
THOMAS (J.-P.). — A youthfell mother. *M. Necos*, 1881,
XI, p. 74.
THOMPSON. — A very young mother. *Med. Rec. N.-York*,
1901, LIX, p. 423.
TILT. — *Month. Journ. of Med. Scien.*, 1850.
TOLENTINO. — Study of menstruation in young girls. *J. Philippine Islands M. A.*, 1927.
TOWNSEND (C. W.). — A case of precocious maternity.
M. A. S. J., 1897, CXXXVI, p. 231.
VARNIER. — *Obstétri. Journ. Paris*, 1900.
WALLICH (V.). — *Bull. Soc. Obst. et Gynécol. de Paris*,
1890.
WALKER (J. B.). — *M. A. S. J. Boston*, 1847, XXX, p. 122.
WIENER. — *Vienne Med. Presse*, 1867, XVII, p. 1231.
WILKINSON (D. L.). — Precocious pregnancy. *J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1898, XXI, p. 424.
WILLARD (De F.). — *J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1898,
XXXI, p. 252.
WILSON. — Puberté précoce. *Méd. Journ.*, 1844.
YOUNG (J.). — *Ann. Edinb. Obst. Soc.*, 1872, II, p. 363.
-

Table des Matières

Historique	7
Etude du développement génital.....	17
Bassin	25
Age moyen. Les antécédents	32
La grossesse	35
L'accouchement	39
L'enfant.....	46
Pronostic et conduite à tenir.....	52
Observations.....	55
Conclusions.....	87
Bibliographie.....	89
